

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



# **Bakalářská práce**

Klára Trefná

**Psychologické aspekty farmakologické léčby bolesti v paliativní  
péči**

**Psychological aspects of pharmacological pain management in  
palliative care**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za ochotu, s jakou se ujala vedení této práce. Zároveň děkuji za vstřícný přístup, který při vedení této práce projevila. Chtěla bych také poděkovat PhDr. Martinu Loučkovi, Ph.D., který mi poskytl odborné rady i podmínky, za kterých jsem práci mohla napsat.

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 16. 4. 2016*

.....

*Klára Trefná*

**Abstrakt:**

Tato bakalářská práce se zabývá psychologickými fenomény, které se pojí s farmakologickou léčbou bolesti v kontextu paliativní péče. Teoretická část práce přibližuje téma bolesti a její léčby farmakologickými prostředky, přičemž na téma nahlíží z psychologického úhlu pohledu a klade důraz na roli psychologa v tomto procesu. Práce vychází z nejnovějších vědeckých poznatků českých i zahraničních autorů, přičemž se zaměřuje na faktory, které formují postoj k opioidům u lékaře, pacienta a pečující osoby. Součástí práce je i návrh konkrétního výzkumu, který zjišťuje vztah mezi kvalitou komunikace a postojem k opioidům u pečující osoby v mobilní paliativní péči.

**Klíčová slova:**

Paliativní péče, Farmakopsychologie, Bolest, Opioidy, Postoj

**Abstract:**

This thesis deals with the psychological phenomena that are associated with the pharmacological pain management in a context of palliative care. The theoretical part of this thesis deals with pain and pharmacological pain management from a psychological point of view and emphasizes the role of the psychologist in this process. This thesis is based on the latest scientific findings by Czech and international researchers and focuses on the factors that affect the attitude toward opioids of doctors, patients and caregivers. This thesis also includes a research plan, which inquire the relationship between the quality of communication and attitude toward opioids of caregivers in the mobile palliative care.

**Keywords:**

Palliative care, Pharmacopsychology, Pain, Opioid, Attitude

## Obsah

Seznam použitých zkratk:	7
Úvod	8
1. Paliativní péče	11
1.1 Vymezení v systému	12
1.2 Role psychologie v paliativní péči	13
2. Léčba bolesti v paliativní péči	15
2.1 Vymezení bolesti	16
2.1.1 Neurofyziologické zpracování bolesti	16
2.1.2 Druhy bolesti	17
2.2 Diagnostika a hodnocení bolesti	18
2.3 Vnímání bolesti	20
2.4 Psychologické intervence	21
2.5 Farmakoterapie bolesti	22
2.5.1 Druhy opioidních analgetik	22
2.5.2 Vedlejší účinky opioidů	24
3. Psychologické aspekty farmakoterapie	25
3.1 Etika ve farmakoterapii	25
3.2 Placebo efekt	26
3.3 Vztah lékaře, pacienta a pečujícího	27
3.4 Postoj k farmakům	29
3.5 Role lékaře ve vztahu k opioidům	30
3.6 Role pečujících ve vztahu k opioidům	32
4. Výzkum	35
4.1 Vymezení výzkumného problému	35
4.2 Cíle výzkumu	35
4.3 Metody a techniky výzkumu	35
4.3.1 Výběr souboru	35
4.3.2 Výzkumná metoda	36
4.4 Diskuze	37
Závěr	39
Seznam použité literatury	40
Seznam příloh	47

## **Seznam použitých zkratk:**

CAS – Barevná analogová škála (Coloured Analogue Scale)

DCB – Dotazník copingu bolesti

DIBDA - Dotazník interference bolesti s denními aktivitami

fMRI – Funkční magnetická rezonance (Functional magnetic resonance imaging)

FPS – Obličejová škála bolesti (Facial Pain Scale)

GSI – Obecný ukazatel závažnosti (General Severity Index)

IASP – Mezinárodní asociace pro studium bolesti (The International Association for the Study of Pain)

MPQ - McGillův dotazník bolesti (McGill Pain Questionnaire)

NNT – Hodnota nutná k léčení (Number Needed to Treat)

NSAID – Nesteroidní protizánětlivá léčiva (Non-steroidal anti-inflammatory drug)

PBPI – Dotazník názorů na bolest a percepce bolesti (Pain Beliefs and Perception Inventory)

PET - Pozitronová emisní tomografie (Positron emission tomography)

PGIC – Celkový dojem změny stavu pacienta (Patient's Global Impression of Change)

POABS-CA – Škála k měření přesvědčení o opioidní léčbě bolesti způsobené rakovinou (Pain Opioid Analgesics Beliefs Scale–Cancer)

SCL-90 – Kontrolní seznam symptomů 90 (Symptom Checklist 90)

SF-MPQ – Zkrácená verze McGillova dotazníku bolesti (Short-form McGill Pain Questionnaire)

VAS – Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale)

VANS – Vizuální analogová numerická škála (Visual Analogue Numerical Scale)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

## Úvod

V současné době se v české společnosti dostává do popředí téma „dobrého umírání“ a s ním provázaná paliativní péče. „Dobré umírání“ je pojem, který se vyznačuje účinným mírněním tělesného strádání, možností dosáhnout přítomnosti blízkých osob kdykoli si umírající přeje, uspokojením duševních i duchovních potřeb a zachováním důstojnosti situace (Kalvach, 2004).

V posledních několika letech můžeme sledovat zrod mnoha aktivit směřujících k lepšímu umírání v České republice. V roce 2013 proběhl rozsáhlý výzkum veřejného mínění, který mimo jiné ukázal, že sedmdesát osm procent z dotázaných si přeje zemřít doma, přesto šedesát devět procent lidí umírá v nemocnici (Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2014a). Na základě předpokladu, že neumíráme tak, jak bychom chtěli, proto, že o svých přáních nemluvíme, vznikly kampaně Moje smrt (Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2014b) a Dříve vyslovená přání (Cesta domů, z. ú., 2015). V současné době se čeká na vyhodnocení dat z pilotního projektu Veřejné zdravotní pojišťovny. Cílem pilotního projektu je srovnání finanční náročnosti domácí paliativní péče oproti jiným zdravotním službám na konci života a případné zahrnutí mobilní paliativní péče do systému zdravotního pojištění (Pilotní program mobilních hospiců, 2015).

V roce 2014 bylo v Praze založeno první vzdělávací a výzkumné centrum zaměřené na paliativní péči v České republice (Centrum paliativní péče, z. ú., 2014). Centrum paliativní péče se během svého krátkého působení stalo celosvětově uznávanou odbornou institucí, o čemž svědčí i to, že Evropská asociace pro paliativní péči letos udělila ocenění řediteli Martinu Loučkovi za výzkumnou činnost (European Association for Palliative Care Researcher Awards 2016: Three thanks and hints for early stage researchers, 2016), kterou pod Centrem paliativní péče publikuje. Centrum paliativní péče spolupracuje na vědeckých projektech se zahraničními týmy a poskytuje odborný dohled nad projekty v České republice. Pod Centrem paliativní péče proběhla osvětová kampaň Konec dobrý, všechno dobré (Konec dobrý, všechno dobré, 2015). Cílem této kampaně bylo seznámit studenty na všech lékařských fakultách v České republice se základy paliativní péče, neboť lékař s téměř jakoukoli specializací se bude při své praxi setkávat s lidmi těžce nemocnými a umírajícími.

Zemřít v domácím prostředí není možné pro mnoho lidí z různých důvodů. Mnohdy lidé stráví tolik času ve státních institucích, že se doma cítí tam. Současná česká paliativní společnost se nyní snaží o rozvoj paliativní péče v Domovech pro seniory a v nemocnicích. Tyto snahy



finančně podporuje zejména Nadační fond Avast v programu Spolu až do konce (Spolu až do konce: Program zaměřený na péči o umírající, 2016).

Všechny tyto aktivity jsou velkým krokem vpřed a problematika dobrého umírání zasluhuje intenzivnější pozornost i z psychologického hlediska. V této oblasti mě z psychologického pohledu nejvíce zajímá péče o umírající v domácím prostředí, ke které neodmyslitelně patří i podávání léků tisících bolest. Při svém dobrovolnickém působení v občanském hospicovém sdružení Cesta domů jsem se setkala s rozličnými přístupy k farmakům tisícím bolest, a to především u pečujících osob. Mnozí pečující odmítli podat opioidy umírajícímu, a to nejčastěji proto, aby se nestal na lécích závislý, nebo aby měli rezervu, kdyby se bolest prohloubila. Obávali se i změn vědomí a možných nežádoucích účinků opioidů.

Zahraniční vědci zjistili, že podávání opioidů pečující osobou není vždy stoprocentní, přičemž jejich role při zvládání bolesti v domácím prostředí je klíčová. Ukázalo se, že postoj k analgetikům silně ovlivňoval stupeň zvládnutí bolesti u nemocného (Lee et al., 2015). Rozhodla jsem se tedy tématem více zabývat v rámci této práce.

Cílem této práce je zmapovat dosavadní výzkumy k tématu komunikace zdravotníků a pečujících, formování postoje k opioidům a souvislosti s úspěšným léčením bolesti v paliativní péči. Tomuto vymezení odpovídá teoretická i metodologická část práce. V práci jsou zohledněny dosavadní publikované výstupy z výzkumů našich i zahraničních autorů. Součástí práce je i návrh konkrétního výzkumu. Cílem výzkumu je zjistit, **jaký je vztah mezi spokojeností s komunikací zdravotníků a postojem k opioidům u pečující osoby**. Vycházím z poznatků zahraničních výzkumů, které prokázaly, že optimální postoj k opioidům mají ti pečující, kteří jsou dobře informovaní, což souvisí s kvalitní komunikací zdravotníků vůči pečujícímu (Oliver et al., 2013).

Návrh konkrétního výzkumu si klade za cíl připravit podrobný popis studie, kterou by bylo možné zrealizovat v diplomové práci. Výsledky výzkumu by jednotlivým hospicovým zařízením poskytly zpětnou vazbu od klientů, a tím i podněty ke zlepšení a srovnání s dalšími poskytovateli stejných služeb. Tyto informace jsou pro poskytovatele služeb velmi důležité, přičemž není v kapacitách takového zařízení podobné šetření realizovat. Výsledky výzkumu by přinesly více porozumění do problematiky i na vědecké úrovni, neboť vztah mezi vybranými proměnnými zatím nebyl zmapován.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 1. Paliativní péče

Psal se rok 1975, když kanadský lékař Balfour Mount zavedl pojem paliativní péče. Paliativní péče je od počátku spojena s moderním hospicovým hnutím, za kterým stojí Cicely Saundersová. V roce 1967 založila v Londýně první hospic na světě a pojmenovala ho Hospic sv. Kryštofa (Radbruch & Payne, 2010). Moderní hospicové hnutí ctí zásady paliativní péče, nedá se s ní však zaměňovat. Evropská asociace paliativní péče ve svých standardech doporučuje užívat následující definici:

*„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti“* (Definition of palliative care, 1998; překlad Radbruch & Payne, 2010, str. 14).

Tuto definici vytvořenou v roce 1998 doplňuje definice paliativní péče dle WHO: *„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících život ohrožujícímu onemocnění prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, hodnocení a léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních obtíží“* (WHO, 2002). Definice WHO rozšiřuje oblast paliativní péče i na pacienty, jejichž onemocnění odpovídá na kurativní léčbu.

Jak je z definic zřejmé, paliativní péče je poskytována všude, nejen v hospicových zařízeních. Paliativní péče se nezaměřuje na léčbu onemocnění, ale na zvládání symptomů s onemocněním spojenými. Právě takovým symptomem je bolest, ke které se v paliativní péči přistupuje specificky. Při kurativní léčbě je bolest okrajová, neboť se předpokládá, že při vyléčení příčiny zmizí i důsledek, kterým bolest je. Oproti tomu v paliativní péči je bolest středem zájmu a jejímu zvládnutí se přizpůsobuje vše ostatní. Vzhledem k tomu, že je paliativní péče poskytována v závěru života, není třeba se zabývat dlouhodobými následky léčby bolesti.

## 1.1 Vymezení v systému

Paliativní péči rozdělujeme na paliativní přístup, obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Paliativní přístup lze využívat kdekoli a není k němu třeba dalšího vzdělání. Obecnou paliativní péči by měli ovládat všichni zdravotníci, kteří se setkávají s pacienty se smrtelnou diagnózou. Obecná paliativní péče vyžaduje další vzdělání, pokud nebylo obsahem pregraduálního kurikula. Specializovaná paliativní péče je zajišťována odborníky, kteří musí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním pracovním zaměřením (Radbruch & Payne, 2010).

Specializovaná paliativní péče je v ideálním případě poskytována všude tam, kde lidé běžně umírají. Definice Evropské asociace paliativní péče uvádí, že paliativní péče by měla být dostupná jak doma, tak v nemocnici (Radbruch & Payne, 2010). Pod těmito pojmy se však skrývá i domov pro seniory nebo psychiatrická nemocnice.

Ideální způsob poskytování paliativní péče je znázorněn v integrálním modelu na obrázku 1. Dle tohoto modelu je paliativní tým přizván již ke sdělování těžké diagnózy a poměr péče se během léčby přizpůsobuje aktuálním potřebám pacienta a jeho blízkých. S vyčerpáním možností kurativní léčby postupně roste poměr ve prospěch paliativní péče, která v závěru života naprosto převládá. Po úmrtí pacienty nezůstávají pozůstalí opuštěni, ale doprovází je psychosociální složka paliativního týmu (Morrison, 2016).



Obrázek 1. Integrovaný model paliativní péče během léčby smrtelných onemocnění. Modifikováno z prezentace *Transforming Care for the Seriously Ill: The Role of Modern Palliative Care* (Morrison, 2016).

V rozvinutých zemích je paliativní péče samozřejmou součástí zdravotního systému, má oporu v zákoně a zpravidla je hrazena pojišťovnami. Na lékařských fakultách je povinným předmětem, ty nejlepší fakulty světa mají dokonce svá vlastní paliativní oddělení. Například v USA vedle široké dostupnosti domácí hospicové péče (v hospicích umírá téměř padesát procent pacientů) má devadesát procent amerických nemocnic, které mají alespoň tři sta lůžek, svůj vlastní paliativní program (Dumanovsky et al., 2015).

V České republice dnes umírají v hospicích méně než tři procenta pacientů ročně a specializovaná paliativní péče v nemocnicích u nás teprve vzniká (Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2014a). Paliativní péče se na českých lékařských fakultách vyučuje pouze jako volitelný předmět, není zakotvena v zákoně, ani zahrnuta do systému veřejného zdravotního pojištění. Ve zprávě Quality of Death Index, publikované v roce 2015 časopisem The Economist je Česká republika až na 33. místě, přičemž země jako Mongolsko, Panama nebo Litva jsou na vyšších příčkách (The Economist, 2015).

## **1.2 Role psychologie v paliativní péči**

Jednou z hlavních charakteristik paliativní péče je multiprofesní týmová práce (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm, & Radbruch, 2007). Interdisciplinární tým je složen z lékařů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků, kaplana a dobrovolníků s cílem zajistit fyzickou, psychickou, sociální i duchovní podporu (Monroe & Oliviere, 20007). Komplexní nastavení paliativní péče je výhodné finančně a vede k větší spokojenosti pacienta a jeho blízkých. Prokázán je i pozitivní vliv paliativních týmů na kvalitu léčby bolesti a dalších symptomů (Higginson, Finlay, & Goodwin, 2003).

Paliativní péče v sobě zahrnuje soubor společných hodnot, mezi které se řadí hodnota autonomie a důstojnosti pacienta, potřeba individuálního plánování a rozhodování a zásada celostního (holistického) přístupu k pacientovi. Paliativní péče klade důraz na individuální přání a potřeby každého pacienta, přičemž se snaží o zlepšení subjektivně vnímané kvality života (Radbruch & Payne, 2010). Všechny tyto hodnoty najdeme i v oblasti psychologie.

V rámci paliativní péče můžeme sledovat stejné tendence v přístupu jako v psychologii. Současné paradigma vychází ze salutogenetického přístupu, který klade důraz na možnosti a kompetence pacientů, nikoli pouze na jejich obtíže, problémy a nedostatky. Stále větší důraz je kladen i na psychickou odolnost (resilienci). Psychickou odolností se v paliativní péči rozumí schopnost pacientů zvládat spolu s nevyléčitelnou chorobou i změnu perspektivy spojenou s omezenou délkou zbývajících života (Radbruch & Payne, 2010).

Nejčastější náplní práce psychologa v paliativním týmu je přímá práce s klienty v rámci terapie. Klientem se rozumí celá rodina, o kterou paliativní tým pečuje. Je proto vhodné, aby psycholog uměl pracovat s celou rodinou a dynamikou vztahů, které jsou přítomné. Paliativní psycholog se může setkat i s vypjatými situacemi, mnoho z nich si proto vzdělání doplňuje o kurz krizové intervence. Psycholog do rodiny nikdy nepřichází neohlášen, s jeho návštěvou musí klienti souhlasit. Psycholog může vykonávat svou práci jak u klientů doma, tak ve svých vlastních prostorách. Při rozhodování o místě konzultace se řídí především přáním klienta.

Náplň sezení se může s postupem onemocnění proměňovat. Psycholog zaujímá partnerský vztah s klienty a náročným obdobím je provází. Jeho role však nespočívá pouze v pasivním naslouchání. Psycholog identifikuje, co je v danou chvíli pro klienty náročné a spolu s paliativním týmem hledá řešení, jak rodině i pacientovi ulehčit.

Nezastupitelnou roli má psycholog po skonu pacienta při další práci s rodinou. Není pravidlem, že by tato práce byla vždy nutná a je třeba postupovat opatrně při doporučování terapie. Riziko spočívá v rozlišení přirozeného procesu truchlení a patologických procesů, jakými jsou komplikovaný zármutek (používá se i termín komplikované truchlení) a deprese. Existuje více teorií zármutku, nicméně nejpravděpodobnější se jeví duální proces zármutku. Ten popisuje zdravý zármutek jako oscilaci mezi orientací na ztrátu a orientací na obnovu v každodenním životě (Stroebe & Schut, 2010).

Komplikovaný zármutek oproti tomu vyžaduje psychologické intervence. Posuzování rizika komplikovaného zármutku by mělo probíhat u pacienta i rodiny po celou dobu nemoci (Radbruch & Payne, 2010). Více o problematice komplikovaného truchlení a jeho léčbě se lze dočíst v článku od autorů z psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2013).

Mimo přímou práci s klienty je psycholog nedílnou součástí týmu a účastní se rozhodování o další léčbě. Při týmových poradách může od psychologa například vzejít doporučení k využití dobrovolníků v rodině, nebo návrhy na změnu léčebného režimu dle potřeb rodiny. Vzhledem k týmové povaze práce psychologa v paliativním týmu není možné zcela zajistit mlčenlivost ohledně terapeutického procesu. Psycholog musí své poznatky sdílet s kolegy, přičemž je na jeho etickém a morálním cítění, jaké informace sdělí pouze nepřímo. Při své práci se vždy řídí etickým kodexem organizace a dalšími interními směrnicemi, stejně jako etickými pravidly vázanými k výkonu profese. Může poskytnout i rady a podporu dalším členům týmu. Kvůli zdravé týmové dynamice je však podpora celému týmu zajišťována externím supervizorem.

## 2. Léčba bolesti v paliativní péči

V paliativní péči se lze setkat se všemi známými druhy bolesti u všech věkových skupin. IASP definuje bolest jako „*nepříjemný smyslový a emoční prožitek (zážitek), spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (Merskey & Bogduk, 1994, str. 210; překlad Opavský, 1998, str. 4).

Bolest byla původně chápána čistě jako neurofyzilogický děj, který se omezoval na nocicepci a reakci organismu. Nocicepcí se rozumí elektrochemické děje vycházející z nociceptorů, což jsou neurony specificky citlivé k podnětům, které mohou poškodit organismus (Vlachová & Vyklický, 2006). Obecně lze nocicepci popsat jako základ vnímání bolesti (Neradilek, 2006). Více se neurofyzilogickému zpracování bolesti budu věnovat v příslušné podkapitole.

Dnes už víme, že bolest je jev komplexní a multidimenzionální, který se projevuje v biopsychosociálních interakcích, a že bolest může vzniknout nejen nocicepcí, ale i na základě utrpení. Bolest je výsledkem interakce mezi fyziologickými, emočními, motivačními a kognitivními procesy. Takto k bolesti a její léčbě přistupuje i lékařská specializace algeziologie (Raudenská, 2011a).

Základem multidimenzionálního přístupu je Loeserův konceptuální model bolesti. V tomto modelu jsou dynamickým způsobem integrovány čtyři základní komponenty bolestivého zážitku: somatická složka (nocicepce), senzorická složka (bolest jako senzorický vjem), afektivní složka (utrpení jako psychická reakce na bolest) a behaviorální složka (Neradilek, 2006). Behaviorální složku tvoří bolestivé chování, kterým se rozumí chování zpočátku vedoucí ke snížení intenzity vnímané bolesti (vzdychání, zaujímání úlevných poloh), později však přechází v maladaptivní vzorce chování v době, kdy již bolest pominula, například kulhání, vyhýbání se určitým činnostem, návštěvy lékaře, nákupy léků a podobně (Raudenská, 2011a; Neradilek, 2006).

Všechny složky Loeserova modelu bolesti je třeba při léčbě komplexně zhodnotit a podrobit intervenci. Celková intenzita bolesti je tvořena složkou senzorickou a afektivní, přičemž se ukazuje, že při snížení afektivní složky se výrazně snižuje celková intenzita vnímané bolesti. Dynamičnost modelu se projevuje v tom, že ovlivnění mezi jednotlivými složkami je možné v obou směrech, například utrpení může být způsobeno jakoukoliv negativní emocí, ta však v důsledku může vést ke vzniku senzorického vjemu bolesti. Z psychologického hlediska je významná složka behaviorální, která podléhá zákonům učení a lze ji léčebně ovlivnit pomocí psychologických intervencí, zejména kognitivně-behaviorálními metodami (Neradilek, 2006).

## **2.1 Vymezení bolesti**

Pro pochopení účinku farmak je důležité znát procesy spojené se senzorickým vnímáním bolesti a jejím dalším neurofyzilogickým zpracováním. Stručné vysvětlení tohoto mechanismu poskytne následující podkapitola.

### **2.1.1 Neurofyzilogické zpracování bolesti**

Současný pohled na mechanismus bolesti vychází z vrátkové teorie bolesti. Vrátková teorie bolesti byla formulována v roce 1965 kanadským psychologem R. Melzackem a anglickým neurofyzilogem P. D. Wallem. Původní verze této teorie byla dále rozpracována a podléhá dalšímu zkoumání. Původní představu, že při bolesti se rychlá vlákna přepnou na pomalá, a ta pak přenášejí vzruchy do vyšších etáží centrálního nervového systému spinotalamickými drahami, se nepodařilo potvrdit (Rokyta, 2011).

Vrátková teorie bolesti však přinesla nový poznatek, že bolest nemusí mít vždy fyziologickou příčinu. Dalším novým poznatkem bylo, že spinální přenos je neustále modulován, čímž se zdůraznila role psychiky ve vnímání bolesti i na fyziologické úrovni (Melzack & Wall, 2003). Další neurofyzilogické výzkumy ukázaly, že v centrální nervové soustavě existuje několik neuronálních okruhů, které na sebe zpětnovazebně působí, takže mohou v důsledku představovat „vrátka“ pro vstup impulzní aktivity. V mozku tedy existují mechanismy, které vnímání bolesti povahy tlumí nebo modifikují (Keller & Vyklický, 2006).

Z vrátkové teorie bolesti vychází neuromatrixová teorie bolesti, která je založená na existenci neuromatrixu v oblastech mozku, které souvisí s bolestí. Neuromatrixem se chápe specifický vzorec neuronální odpovědi na multidimenzionální prožitek bolesti, který může být aktivován zraněním, ale i patologicky či stresem. Tato teorie představuje nový přístup k výzkumu chronické bolesti (Melzack, 2005).

Bolest může vznikat na třech úrovních: na periférii těla, v průběhu periferních nervů a na úrovni centrální nervové soustavy. Bolest vznikající na periférii těla nazýváme nociceptivní. Bolest vnímaná v průběhu periferních nervů se nazývá periferní neuropatická bolest. S limbickým systémem, který je určen pro percepci a řízení našich emocí, se váže bolest psychogenní, která se vyskytuje pouze u psychiatricky nemocných pacientů, a v paliativní péči se s ní nesetkáváme tak často. Na úrovni mozkové kůry může vzniknout centrální neuropatická bolest, bolest neurogenní (Rokyta, 2009). To znamená, že již na míšní úrovni probíhá organizace různých druhů bolesti (Rokyta, 2011).



### 2.1.2 Druhy bolesti

Paliativní péče se ve svých počátcích věnovala především pacientům trpícím rakovinou. Postupem času se zaměření paliativní péče rozšířilo i na další chronická život ohrožující onemocnění, jako je AIDS, chronická plicní obstrukce a kardiovaskulární poruchy (Watson, Lucas, Hoy, & Wells, 2009). Důsledkem toho se odborníci v paliativní péči zabývají především bolestí u pacientů se zhoubnými nádorovými onemocněními. Výzkumy ukazují, že až osmdesát procent těchto pacientů trpí bolestí v pokročilé fázi onemocnění (Caraceni & Portenoy, 1999), přičemž jedna třetina trpí dvěma druhy bolesti a další třetina popisuje tři a více druhů bolesti najednou (Watson et al. 2009).

Základní rozdělení bolesti je podle délky trvání na akutní a chronickou. Funkce akutní bolesti je ochranná a informativní. Akutní bolest předává informaci o tkáňovém poškození a brání tak před další zdravotní újmou. Bolest po několika dnech, týdnech a výjimečně měsících, ustává. Při trvání delším než tři měsíce mluvíme o bolesti chronické. U akutní bolesti lze zpravidla dobře lokalizovat místo poškození a účinně tak zdroj bolesti v krátké době léčit. Při správné analgetické léčbě bolest nenávratně mizí (Ševčík & Čumlivski, 2006). Akutní bolest je obecně lépe snášena než bolest chronická, protože netrvá dlouho a její příčiny nebývají tak hroživé. Akutní bolest vzniká následkem úrazu nebo v důsledku operace (Fricová & Šimek, 2006).

Chronická bolest trvá od tří měsíců po několik let, nemívá jasnou příčinu a neslouží žádnému užitečnému účelu. Často bývá provázena změnami chování a nálad. Chronická bolest může vést k depresím, úzkostem, vzteku i sebevraždě (Dickman & Simpson, 2008). Chronická bolest se dělí na nádorovou a nenádorovou (Slíva & Doležal, 2009). U nádorových onemocnění se chronická bolest dále dělí na perzistentní bolest a průlomovou bolest (Watson et al., 2009).

Perzistentní bolest, označována také jako přetrvávající bolest či bazální bolest, je bolest trvající nepřetržitě dvanáct a více hodin denně (Ferrell, Juarez, & Borneman, 1999). Průlomová bolest, nebo také epizodická bolest, je občasné zvýšení intenzity jinak dobře kontrolované bolesti (Davies, 2007). Průlomová se jí říká proto, že „prolomí“ skrz běžný rozvrh medikace (Watson et al., 2009). Průlomová bolest se objevuje často, přičemž je vypočítaný medián čtyř epizod na den (Zeppetella, O'Doherty, & Collins, 2000), je akutní s mediánem tří minut od začátku po vrchol bolesti (Portenoy, Payne, & Jacobsen, 1999) a krátká v trvání s mediánem třiceti minut do odeznění bolesti (Portenoy & Hagen, 1990).

Průlomová bolest může být spontánní, nebo incidentní. Spontánní (idiopatická) bolest se objevuje nečekaně, kdežto incidentní bolest se objevuje v určitých chvílích. Volní incidentní

bolest se objevuje například při chůzi, mimovolní incidentní bolest se objevuje při mimovolném aktu, jakým je třeba kašel. Procedurální incidentní bolest cítí pacient například při čištění rány (Davies, 2006). Mnozí autoři do incidentní průlomové bolesti zařazují i bolest pociťovanou v závislosti na fázi analgezie, nejčastěji během titrační fáze nebo na konci analgetické dávky, někteří ji považují za selhání adekvátní kontroly perzistentní bolesti (Dickman & Simpson, 2008; Davies, 2006).

## **2.2 Diagnostika a hodnocení bolesti**

Ke zjištění, o jaký typ bolesti se jedná, jakou má intenzitu a jakým způsobem ovlivňuje stav dané osoby včetně emočního naladění, a tedy jakým nejlepším způsobem by bylo dobré ji léčit, slouží diagnostika bolesti. Při diagnostice bolesti je třeba mít na paměti, že stav pacienta je bolestí ovlivněn, proto je třeba působit uklidňujícím dojmem, zbavovat pacienta strachu a přistupovat k němu se zájmem a empatií (Opavský, 2006).

Součástí diagnózy, ale i následné terapie, je hodnocení bolesti. K hodnocení bolesti, které se označuje také jako algometrie, dolorimetrie či měření bolesti, se využívá mnoha metod a měřicích nástrojů. K hodnocení lze využít subjektivní výpověď, pozorovatelné chování, ale i fyziologické reakce organismu pomocí moderních zobrazovacích metod (Opavský, 2006).

V paliativní péči se využívají především metody pracující se subjektivní výpovědí a pozorovatelným chováním. V posledních dnech života může být komunikace s pacientem ztížená, a nelze proto získat jeho subjektivní výpověď. U všech pacientů s komunikačními bariérami, což zahrnuje i malé děti či pacienty s demencí, je třeba sledovat změny v chování. Z verbálních projevů je vhodné si všimnout pláče při dotyku, křičení, náhlého ztišení, klení, bručení a nesmyslné řeči. Z mimických výrazů vypovídá o bolesti úšklebek, zavírání očí, výraz obav a stažený obličej. Výrazem chování, které může být spojené s bolestí, je odtažení při dotyku, ukazování na určitou část těla, rostoucí zmatení, třes, odmítání jídla, nepohyblivost a nevrlost. Z fyziologických projevů o bolesti vypovídá chlad, bledost, upocenost, změna barvy a vitálních projevů, kterými jsou puls a tlak (Watson et al., 2010).

Vztah mezi tím, jak bolest hodnotí pacient a jak bolest pacienta hodnotí profesionální zdravotníci je problematický – korelace je téměř nulová (Krokosky & Reardon, 1989). Proto je vhodné využít objektivních diagnostických metod, pokud je to možné. Nejčastější metodou k změření intenzity bolesti je vizuální analogová škála (VAS). Nejběžněji se používá horizontální úsečky o délce deseti centimetrů, na které jsou zaneseny hodnoty od nuly do desíti (VANS). Zcela vlevo je nula, která značí žádnou bolest. Zcela vpravo je hodnota deset, která

značí největší možnou bolest. Užívají se i vertikální modifikace této úsečky. Při užití VAS je vždy třeba vymezit časové období, za které má vyšetřovaná osoba bolest popsat (Opavský, 2006). S VANS mohou být vyšetřovány děti od osmi let. Pro děti od tří do osmi let byly vyvinuty škály nahrazující čísla třemi způsoby: emotikony či fotografiemi obličejů (FPS), zvyšující se barevnou intenzitou (CAS) a škály pracující s rostoucím počtem objektů (Melzack & Wall, 2003).

Metoda VAS se nemusí využívat pouze k měření intenzity bolesti, ale má svůj smysl i při posouzení ústupu bolesti. Levý krajní bod zde zobrazuje žádný ústup bolesti oproti pravému krajnímu bodu, který zastupuje naprostý ústup bolesti. Ke kvantifikovanému subjektivnímu posouzení změny stavu slouží sedmistupňová verbální a numerická škála PGIC. Neverbálním doplněním hodnocení bolesti jsou „mapy bolesti“, které slouží k registraci bolesti na těle zakreslením do kontury lidského těla (Opavský, 2006).

Všechny uvedené škály se mohou používat s kognitivně-behaviorální technikou vedení „deníků bolesti“, které přispívají k lepšímu přehledu o účinnosti léčby bolesti. Deník může vést pečující osoba i pacient. Pečující osoba do deníku zároveň zaznamenává bolestivé chování pacienta a své reakce na něj. Pacientovým úkolem je spojovat podmínky situace a svého prožívání ve chvíli, kdy se bolest objeví. Vedení deníku pečující osobou slouží k rozpoznání toho, jakou úlohu bolest hraje v životě rodiny a zdůrazňuje významnost pečující osoby v procesu. Pacient si díky deníku může uvědomit souvislosti důležité při prožitku bolesti (Melzack & Wall, 2003).

Souvislostmi bolesti s denními aktivitami se zabývá i dotazník DIBDA, který se užívá jako snadno srozumitelný a pochopitelný doplněk k jiným dotazníkovým metodám (Opavský, 2006). Z dotazníků se k hodnocení bolesti nejčastěji využívá McGillova dotazníku bolesti (MPQ). Tento dotazník sestává z dvaceti tříd verbálních deskriptorů k změření senzorické, afektivní i kognitivní složky bolesti, přičemž u každého deskriptoru se uvádí numerické škály hodnocení intenzity bolesti v rozsahu nula až tři. Užívá se i zkrácená verze tohoto dotazníku (SF-MPQ) o patnácti třídách deskriptorů (Melzack & Wall, 2003). Velkou výhodou tohoto dotazníku je získání výsledku k senzorické a afektivní dimenzi zvlášť, takže lze určit velikost rizika dopadu bolesti na psychiku nemocného (Opavský, 2006).

Mezi dotazníky, které se komplexněji zaměřují na souvislosti bolesti s psychikou nemocného a jeho názory na bolest, patří multidimenzionální Dotazník názorů na bolest a percepci bolesti (PBPI). Tento dotazník je vhodný pro pacienty s chronickými bolestmi a měří pět dimenzí: stálost, přetrvávání bolesti, nepochopitelnost, vlastní zavinění a vinu druhých (Opavský, 2006).

V českém prostředí vznikl i Dotazník copingu bolesti (DCB), který měří, jak se nemocný na bolest adaptuje, pomocí tří stupnic (aktivizace, uzavírání se, rezignace) o celkem třinácti položkách (Knotek, 2003).

Psychosomatickými obtížemi se zabývá SCL-90 (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993), který se u chronické bolesti využívá zejména k měření deprese a anxiозity (Opavský, 2006). Z dotazníku lze zjistit i závažnost případných potíží pomocí obecného ukazatele závažnosti (GSI), který se vypočítává součtem bodů v celém dotazníku děleným počtem otázek (Baštecký et al., 1993).

## **2.3 Vnímání bolesti**

Důležitou součástí definice bolesti je informace, že vnímání bolesti je vždy subjektivní (Merskey & Bogduk, 1994). V paliativní péči se můžeme setkat s pacienty všech věkových kategorií. Vnímání bolesti se může lišit v jednotlivých životních obdobích (Vymětal, 2003), což s sebou nese určitá specifika. Přístup k léčbě bolesti u dětí se výrazně liší od léčby bolesti u geriatrických pacientů, u nichž navíc často dochází ke komorbiditám v diagnóze (Crome, Main, & Lally, 2007). Existují však společné faktory, které vnímání bolesti ovlivňují. Takovými faktory jsou práh bolesti a tolerance bolesti.

Práh bolesti je pro každého člověka individuální. Jedná se o objektivní intenzitu potenciálně bolestivého podnětu působící na člověka, který u něj pocit bolesti vyvolá. Pocit bolesti je ovlivňován poměrem mezi množstvím a intenzitou podnětů bolestivých a podnětů jiného druhu, které na člověka působí v danou chvíli (Balcar, 2009). Práh bolesti je neovlivnitelný vůlí a ukazuje se, že rozdíly vnímání bolesti u lidí jsou geneticky dané. Tento genetický mechanismus ovlivňuje i rozdílné účinky analgetik na různé lidi. Genetickými faktory a jimi ovlivněnými účinky léků se zabývá farmakogenetika (Rokyta, 2006).

Oproti tomu tolerance bolesti je čistě psychologickou záležitostí a lze ji tedy psychologickými cestami ovlivňovat. Tolerance k bolesti se u jednotlivce může vyvíjet a měnit v průběhu různých životních období i kratších časových úseků a s ohledem na daný typ bolesti. Hlavní roli zde hraje to, jaký význam jedinec bolesti přikládá a jak ji hodnotí (Vymětal, 2003). Zvýšená tolerance k bolesti neznamena, že dotyčný bolest méně vnímá, ale že dokáže bolest lépe snášet.

Na toleranci bolesti působí i kulturní rozdíly, anticipace velikosti bolesti, emoční a osobnostní nastavení i vzájemné vztahy s okolím (Janáčková, 2007). Klíčovou roli v toleranci bolesti hraje úzkost a strach, které jsou s prožitkem bolesti přímo úměrné. Tolerance bolesti souvisí i s důstojností člověka a jeho sebepojetím. Na vnímání bolesti příznivě působí dobrá nálada, uvolnění, klid a teplo (Vymětal, 2003).

## 2.4 Psychologické intervence

Paliativní péče s tolerancí bolesti pracuje a bere ji v potaz i v léčbě bolesti. Při léčbě bolesti v paliativní péči je z psychologického hlediska důležité vědět, nakolik bolest ovlivňuje pacientův běžný život a do jaké míry je ochotný bolest snášet. Stejně tak je důležité pochopit, co pacient myslí tím, když si na bolest stěžuje a jaké myšlenky, obavy a očekávání má s bolestí spojené. Úkolem paliativní péče není pouze pacienty bolesti zbavovat, ale také zvyšovat jejich toleranci k bolesti (Watson, O'Reilly, & Simon, 2010).

K čistě psychologickým intervencím při léčbě bolesti dříve lékaři přistupovali nedůvěřivě, nyní se jich doporučuje využívat současně s metodami, které mají biologický základ. Na základě informací zjištěných pomocí dotazníků se lze zaměřit přímo na oblast, která byla identifikována jako problematická. Psychologické intervence lze využít k vybudování vyrovnávacích strategií, omezení chování způsobujícího bolest, posílení motivace, zlepšení spánkových návyků nebo jako podpora v medikaci. Další oblastí je zvládání stresu a psychologických symptomů, jako je úzkost, deprese, vztek, nedůvěra v léčbu nebo strach z bolesti. Pomocí psychologických intervencí lze pracovat na vyřešení témat, které pacientovi způsobují obavy v interpersonální rovině, například rozepře v rodině, sexuální problémy nebo problémy v komunikaci (Hadjistavropoulos & Williams, 2004).

Psychologové tedy hrají důležitou roli v podpoře dodržování léčebného režimu, ať už se jedná o medikaci, fyzioterapii, nebo jiné složky zvládání bolesti. Úlohu psychologa lze rozdělit do čtyř oblastí. Mezi snadno dostupné intervence patří asistování pacientovi při úpravě prostředí k usnadnění dodržování medikace. Toho je možné docílit pomocí podrobného rozpisu podávání léků na den či týden formou tabulky spolu s vytvořením upomínek. Druhou oblastí je trénink žádoucího chování, například nácvik relaxace při zvýšené tenzi. Časově náročnější intervencí je výchova k sebeovládání, určování dosažitelných cílů a konstruktivní sebe-motivaci. Čtvrtou oblastí, ve které lze pracovat na změně, je mapování a úprava přesvědčení, která mohou narušovat dodržování léčby bolesti. V ideálním případě by měla psychologická intervence zahrnovat všechny čtyři oblasti, nicméně i úspěch pouze v jedné z oblastí vedl k efektivnějšímu zvládání bolesti (Hadjistavropoulos & Williams, 2004).

O psychologických intervencích v léčbě bolesti a jejích dalších psychologických faktorech by se dalo napsat mnohé, těžiště zájmu této práce však spočívá jinde. Čtenáře s širším zájmem o možnosti psychologických intervencí v léčbě bolesti bych ráda odkázala na obsáhlejší publikaci s názvem *Pain: psychological perspectives* (Hadjistavropoulos & Craig, 2004).

## 2.5 Farmakoterapie bolesti

Podstatnou a nedílnou součástí léčby bolesti je farmakologie bolesti neboli farmakoterapie. Farmakoterapie je léčba bolesti pomocí léků a jejím cílem je úplné odstranění bolesti či její snížení na tolerovatelnou úroveň. (Slíva & Doležal, 2009). V této podkapitole jsou uvedeny farmakologické způsoby léčby bolesti, které podstupují pacienti v paliativní péči.

Vhodnost užití jednotlivých analgetik upravuje třístupňový žebříček analgetik dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1996). První stupeň představuje neopioidní léčbu mírné bolesti pomocí paracetamolu. Pokud se bolest nepodaří pomocí tohoto léku zvládnout, lze ho doplnit či nahradit NSAID (například ibuprofen), případně přejít k druhému stupni žebříčku. V druhém stupni se přistupuje k léčbě středně silné bolesti pomocí slabých opioidů v kombinaci s neopioidními analgetiky. Léčbu silné bolesti upravuje třetí stupeň žebříčku, který doporučuje užití silných opioidů doplněné neopioidními léky (Watson et al., 2010).

Před ústupem od konkrétní léčby bolesti je vždy třeba zvážit faktory zohledněné v léčbě a ujistit se, že je bolest správně diagnostikována, že pacient skutečně léčbu dodržuje a že se od počátku léčby nezměnilo pacientovo prožívání a jeho přístup k bolesti. Neexistuje totiž tak velká bolest, aby na ni při správně vedené léčbě nezabíral žádný lék z opioidové řady (Watson et al., 2010). Světová zdravotnická organizace zároveň doporučuje během všech tří stupňů léčby bolesti podávat koanalgetika, poskytovat specifické terapie, jakými jsou operace či fyzioterapie, a oslovovat psychosociální souvislosti (WHO, 1996).

Vzhledem k tomu, že převažující diagnózou u pacientů v paliativní péči je nádorové onemocnění, přičemž až osmdesát procent pacientů trpí středně silnou až silnou bolestí (Caraceni & Portenoy, 1999), věnuje se práce dále pouze farmakologické léčbě specifické pro druhý a třetí stupeň žebříčku, což je léčba bolesti pomocí opioidových léčiv.

### 2.5.1 Druhy opioidních analgetik

Prototypem opioidních analgetik je morfin, který se získává z opia. Jako opium se označuje zaschlá šťáva z nezralých makovic a jeho účinky jsou známy již po tisíciletí (Hynie, 2001). Morfin byl jako chemická látka izolován v roce 1805 a dodnes je základem opioidních analgetik. Opioidní analgetika se dělí podle intenzity analgetického účinku na slabé a silné opioidy (Lüllmann, Mohr, & Wehling, 2004; Slíva & Doležal, 2009).

V České republice je typické nedostatečné užívání silných analgetik a současně nadužívání slabých opioidů, konkrétně tramadolu, v jehož spotřebě je Česká republika v přepočtu na počet obyvatel na prvním místě v Evropě (Hegmonová, 2014). Nadužívání slabých opioidů by se dalo

vysvětlit i tím, že je přeceňována jejich analgetická účinnost oproti neopioidním analgetikům. To se děje pravděpodobně na základě omylu, který se u nás vžil, a vznikl nejspíše špatnou interpretací analgetického žebříčku, že slabé opioidy jsou účinnější než neopioidní analgetika. Pravda je, že slabé opioidy jsou účinnější v kombinaci s neopioidními analgetiky, ale samostatně mohou mít dokonce nižší NNT než neopioidní analgetika (Kršiak, 2009).

Opioidy působí na vnímání bolesti na třech úrovních: v periferních nervových drahách, v míše a v mozku, kde tlumí uvědomění si bolestivého impulsu. Působením opioidů v centrální nervové soustavě je utlumena psychická stránka bolesti, kterou reprezentuje úzkost a pocit ohrožení, a bolest tak již nevyvolává utrpení (Lüllmann et al., 2004; Slíva & Doležal, 2009). Opioidy zvyšují práh vnímání bolesti, přičemž jejich působení je selektivní a neovlivňuje vnímání jiných podnětů, jako je dotyk, teplo nebo tlak (Hynie, 2001). S místy působení opioidů jsou však spojené i vedlejší účinky (Slíva & Doležal, 2009), které budou popsány v příslušné podkapitole.

Mezi slabé opioidy se řadí kodein, dihydrokodein a tramadol, přičemž poslední jmenovaný je syntetickou obdobou kodeinu (Watson et al., 2010). Tramadol má navíc oproti jiným opioidům do jisté míry účinek analogický antidepressivům (Slíva & Doležal, 2009). Oproti jiným slabým opioidům má tramadol rychlejší nástup účinku a vyvolává méně vedlejších účinků, avšak současně byly u tramadolu zaznamenány psychiatrické reakce (Watson et al., 2010). Tramadol nevede k lékové závislosti, a proto nepodléhá ustanovení o omamných látkách (Hynie, 2001).

Mezi silné opioidy patří morfin, hydromorfon, diamorfin (heroin), buprenorfin, fentanyl a oxykodon. Morfin bývá lékem první volby u středně silných a silných bolestí u zhoubných i nezhoubných onemocnění, přičemž v druhém případě by měl na léčbu vždy dohlížet specialista. Morfin může u některých pacientů vyvolávat příliš silné vedlejší účinky nebo ho nelze podávat kvůli selhávání ledvin, proto je lepší ho nahradit jiným silným opioidem. V paliativní péči se nejčastěji nahrazuje oxykodonem a hydromorfonem (Hakl, Lejčko, & Kozák, 2011; Watson et al., 2010).

Způsob podání opioidů je rozmanitý. Opioidy lze předepisovat ve formě kapek, čípků, tablet, injekcí i náplastí, přičemž přednost vždy mají neinvazivní formy léku. U náplastí je obzvlášť důležité sledovat pacienta, protože v případě horečky či zevního zdroje tepla je z náplasti uvolňováno více léku, než je optimální. Při pocení je naopak třeba dbát, aby náplast dobře doléhala a lék se rovnoměrně uvolňoval do kůže (Watson et al., 2010).

K podávání opioidů lze využít „dávkovače“ a „křidélka“. Dávkovač je automatické zařízení na bázi malé infuzní pumpy sloužící k rovnoměrnému dávkování tekutého léku po dobu 24 hodin (Watson et al., 2010). Křidélko se říká intravenóznímu katéttru, do které může lék pomocí injekce podávat i pečující osoba bez lékařského dohledu.

V paliativní péči v domácím prostředí je běžnou praxí předvídání potřeb pacienta a případných komplikací při zvládání bolesti a přidružených symptomů. V rámci této péče jsou pacientům předepisovány „SOS léky“ k užití v případě komplikací, jakými je nejčastěji zvracení, průlomová a incidentní bolest. SOS medikace je vždy součástí lékařské zprávy (Moran, 2014).

### **2.5.2 Vedlejší účinky opioidů**

Před podáním opioidů by měli být všichni pacienti seznámeni s možnými vedlejšími účinky, které jsou s užíváním opioidů spojené. Nejčastěji trápí pacienty zácpa, nevolnost a zvracení, ospalost a narušení kognitivních funkcí. Nevolnost a zvracení se dostavuje nejčastěji při zahájení terapie a většinou do týdne odeznívá. Spolu se zácpou je vhodné tyto vedlejší účinky řešit dodatečnou medikací. Účinek na ospalost a zhoršení kognitivních funkcí většinou během několik dní zeslábné. Zde vstupuje do hry dříve zmíněná tolerance bolesti, kdy lékař s pacientem vyjednává o tolerovatelné míře bolesti v poměru k jasnosti myšlení. Pokud jsou vedlejší účinky závažného charakteru, je vhodné zvážit alternativu z opioidů k danému léku (Watson et al., 2010).

Méně častý vedlejší účinek opioidů je spojený s dýcháním. Opioidy inhibují aktivitu centra pro kašel v prodloužené míše, existuje tedy mírně zvýšené riziko udušení. Vzhledem k působení opioidů v prodloužené míše, kde je i centrum dýchání, může dojít k útlumu dýchání do takové míry, že pacient přestane mít potřebu dýchat. K tomu však dochází až při dávkách, kdy už je pacient v celkovém útlumu a jeho vnímání je omezené, k čemuž obvykle dochází pouze v nemocnici na monitorovaných lůžkách pod nepřetržitým dohledem zdravotníků. Současně opioidy pomáhají při dušnosti, neboť v limbickém systému tlumí úzkost, kterou lidé mají v obavě z udušení, a dýchá se jim tak lépe (Slíva & Doležal, 2009).

Dalšími méně častými vedlejšími účinky terapeutických dávek jsou potíže s močením, retence moči, sucho v ústech, pocení, bolest hlavy, zčervenání tváří, závrať, podchlazení způsobené účinky opioidů na hypothalamus, dilatace kožních cév manifestovaná svěděním, halucinace, změny nálad, závislost, stažení zorniček, snížené libido či impotence, vyrážka, kopřivka a zmatenost (Hynie, 2001; Slíva & Doležal, 2009; Watson et al., 2010).



### **3. Psychologické aspekty farmakoterapie**

Farmakologická léčba bolesti je účinná jen tehdy, jsou-li léky užívány. Tato kapitola se proto zaměřuje na psychologické proměnné, které mohou v užívání a následném účinku léků hrát roli, přičemž klade důraz především na postoj k opioidům.

Psychologickými stránkami farmakoterapie se zabývá psychologický obor zvaný farmakopsychologie. Podobně znějícím oborem je psychofarmakologie, ta je však podoborem farmakologie a zabývá se regulací psychiky a chování jedince farmakologickou cestou. Ve farmakopsychologii se zkoumá „pověst léku“, která může být zprostředkována jinými osobami či zkušenostmi, dále vztah a důvěra mezi pacientem a lékařem a v neposlední řadě také postojové hodnoty k samotnému předepisování léků či medikaci jako takové (Orel, 2012; Vymětal, 2003).

Při farmakologické léčbě bolesti v paliativní péči, ale i v mnoha dalších oborech, se využívá kognitivně-behaviorálního modelu nastavení léčby, kdy jsou léky podávány v pravidelných časových úsecích. Předchází se tak vzniku závislosti na základě podmiňování, které spočívá v podání léku bezprostředně po podnětu - prožitku bolesti (Kachur, 2008). Obava ze vzniku závislosti na opioidech není nikterak vzácná. K otevření tématu se nabízí problematika etiky ve farmakoterapii.

#### **3.1 Etika ve farmakoterapii**

Etickou otázkou ve farmakoterapii v paliativní péči je otázka zkrácení života užitím určitých léčiv, mezi které spadají i opioidy. Neexistuje žádný důkaz, který by potvrzoval, že dobře vedená paliativní medikace zkracuje život. Efektivní kontrola symptomů může život jak zkrátit, tak prodloužit. Správný lék podaný ze správných lékařských důvodů ve správných dávkách není eutanázií. Uspíšení smrti může a nemusí být předvídané, ale nikdy není záměrné (Watson et al., 2010).

Druhou zásadou paliativní péče je, že život uměle neprodlužuje. Mnoho lidí tento přístup zaměňuje s eutanázií. Odborníci vymezují eutanázii jako aktivní krok lékaře, který na žádost pacienta aplikuje smrtící látku a ukončí život pacienta. Blízko k eutanázii má pojem asistovaná sebevražda. Od eutanázie se liší tím, že smrtící látku lékař pro pacienta zajistí, pacient ji však aplikuje sám. Pojem pasivní eutanazie označuje nezahájení život prodlužující akce, to však eutanázií není. O etice eutanázie je možné psát dlouhé odstavce. Čtenáře bych na tomto místě ráda odkázala na aktualizovanou publikaci s názvem Eutanazie: Víme, o čem mluvíme? (Loučka, Špinka, & Špinková, 2015).

Nezahajování život prodlužujících akcí je v paliativní péči samozřejmé, ne však automatické. Paliativní lékař vždy myslí na to, zda zahájení léčby zvýší kvalitu života pacienta nebo zlepší jeho zdravotní stav. Cílem nezahájení léčby není ukončit pacientův život, ale umožnit mu prožít zbývající čas co nejlépe (Loučka et al., 2015).

Paliativní lékař se zároveň snaží jednat v souladu s přáním pečujících i pacienta. Ke konci života vyvstávají otázky, jestli pacienta uměle hydratovat, zda zavést do žaludku sondu pro umělou výživu, když už pacient není schopen polykat, zda ho napojit na přístroje, ale i zda pokračovat v hemodialýze při renální dysfunkci. Často diskutovaným etickým problémem v paliativní péči je i nepodání antibiotik při infekcích (Watson et al., 2010). Za lpěním na všech život prodlužujících intervencích ze strany pečujícího či pacienta může být obava ze smrti a vším, co se k ní váže. Smrt by se však podáním antibiotik podařilo oddálit pouze o pár dní či týdnů. Je proto více než vhodné přizvat psychologa, aby toto téma pomohl klientům zpracovat.

V diskuzích o eutanazii se objevuje i termín paliativní sedace (u bolesti analgosedace). To je výjimečné řešení situace, kdy se pacient za pomoci silných léků uvede do stavu umělého spánku, ve kterém ho netrápí jinak nezvladatelné symptomy. Pokud pacient trpí nesnesitelnými bolestmi, je analgosedace posledním řešením. Zároveň to však znamená, že neexistuje bolest, kterou by se nepodařilo pomocí analgetik zvládnout. Oproti eutanazii může být paliativní sedace ukončena, pacienta lze z hlubokého spánku probudit (Loučka et al., 2015).

### **3.2 Placebo efekt**

Placebo efekt je psychologický faktor, který může ovlivnit léčbu v pozitivním směru a je běžnou součástí účinku léčebných postupů. Stejné působení, ale v negativním směru, se někdy označuje jako nocebo efekt, jindy se působení v negativním směru řadí pod placebo efekt (Orel, 2012; Thompson, 2005).

Placebo efektu se využívá v placebové terapii, která je specifickou psychoterapií, kdy se pacientovi podává pouze zdánlivé léčivo, přičemž ve skutečnosti se jedná o objektivně neutrální látku. Placebová terapie může vést ke zlepšení choroby nebo i k uzdravení pacienta. Účinnost terapie závisí na typu onemocnění, osobnosti nemocného a sugestivitě lékaře. V terapii se může projevit i nocebo efekt. Ten se vysvětluje strachem z očekávaných nepříjemností, nedůvěrou ve vztahu mezi lékařem a pacientem, nedůvěrou v léčbu či moderní léčebné metody obecně, odmítavým postojem k farmakoterapii nebo přílišným sebepozorováním. K placebo terapii je proto potřeba přistupovat s opatrností (Lüllmann et al., 2004; Linde, May, Limmroth, & Dahlöf,

2003). Obecně se udává, že placebo efekt do tří měsíců vymizí, nicméně se prokázalo, že placebo efekt může trvat i třicet měsíců (Thompson, 2005).

U bolesti byl vědecky potvrzený biologický podklad placebo efektu, když se ukázalo, že placebo efekt vyvolává produkci endorfinu, což je tělem vytvářený opioid (Levine, Gordon, & Fields, 1978). Efekt byl prokázán i pozitronovou emisní tomografií (PET), přičemž se navíc zjistilo, že efekt morfinu se zvyšuje při podávání s komentářem o jeho pozitivním účinku (Benedetti et al., 2004). Pomocí fMRI bylo zjištěno při placebové analgezii snížení mozkové aktivity zejména v přední cingulární mozkové kůře, v insule a v thalamu, což jsou oblasti, kde se aktivují endogenní opioidy a tyto oblasti jsou tak spojeny s vnímáním bolesti (Wager et al., 2004).

Souvislosti placebo efektu a bolesti jsou často zkoumané a vědecky podložené. F. Benedetti a jeho kolegové (2003) zjistili, že když byl pacient upozorněn na chvíli, kdy je mu do infuze přidáno analgetikum, byl analgetický efekt významný. Jestliže byl lék podáván v infuzi bez upozornění na přítomnost analgetik, efekt byl menší, a to dokonce i u opioidních analgetik.

Překvapivě se placebo efekt prokázal i v situacích, kdy si proband byl vědom, že léčivá substance je placebem (Park & Covi, 1965), a dle nejnovějších studií dokonce i v situacích, kdy si vůbec nebyl vědom spouštěče, tedy že cítí bolest. Tím se prokázalo, že placebo efekt funguje mimo úroveň vědomí na základě nervové dráhy pro nevědomou aktivaci placebo analgezie (Jensen et al., 2012, Jensen, Kirsch, Odmalm, Kaptchuk, & Ingvar, 2015).

U placebo analgezie byl zkoumán i sociální rozměr, tedy jestli pozorování úlevy od bolesti u jiné osoby po podání placebo může zvýšit placebo efekt i u daného jedince. Zvýšení placebo efektu observačním učením se potvrdilo a ukázalo se, že je úzce spojeno s mírou schopnosti empatie pozorovatele (Colloca & Benedetti, 2009).

### **3.3 Vztah lékaře, pacienta a pečujícího**

*„Doktor, který nemá placebo efekt na své pacienty, by se měl stát patologem“* (Blau, 1985, str. 344; překlad vlastní). Placebo efekt vznikající na základě vztahu lékaře a pacienta je esenciální součástí léčebného procesu. Lékař může posílit účinek jakékoli efektivní léčby skrz pozitivní přístup a soucit s pacientem (Thompson, 2005). Do léčebného procesu v ambulantní paliativní péči však vstupuje i pečující osoba, která se na léčbě a péči o nemocného podílí. Pečující osoba má pravděpodobně svůj podíl na placebo efektu i na celkovém výsledku farmakoterapie, pokud léky pacientovi podává.

Vztahy mezi lékařem, pečujícím a pacientem tvoří rámec, v němž léčba probíhá a znamená vzájemnou, pozitivní a emoční vazbu. Lékař by měl k nemocnému a jeho blízkým osobám přistupovat empaticky, opravdově, partnersky a s osobním zájmem. To vede k důvěře v lékaře a jeho způsob léčby. Pouze ve vztahu naplněném důvěrou najde pacient dostatek odvahy ke sdělení svých emocí a obav spojených s onemocněním (Kratochvíl, 2006; Vymětal, 2003).

Postoj lékaře k pacientovi a příbuzným je ovlivněn podobností mezi pacientem, pečujícími a lékařem. Empatický, vřelý a opravdový lékař bude pacientem i pečujícími přijímán lépe. I v těchto vztazích funguje přenos, protipřenos a dimenze sympatie a antipatie. Pokud je pacient lékaři sympatický, bude mu věnovat větší pozornost a i volba léku může být sympatií k nemocnému a příbuzným ovlivněna. Sympatickým pacientům a příbuzným může lékař vycházet vstříc, poslouchat jejich přání a medikaci uzpůsobit tak, aby jim vyhověl. Nesympatickému pacientovi či příbuzným lékař častěji nevyhoví a bude se řídit pouze svým přesvědčením. Stejně tak pacient může sympatického lékaře „odměňovat“ subjektivním udáváním zlepšení stavu a spokojeností, nebo nesympatického „trestat“ subjektivním uváděním zhoršení stavu (Kratochvíl, 2006; Vymětal, 2003).

Nutným předpokladem úspěšné léčby je dobrá spolupráce všech zúčastněných. Soulad v léčbě je proces předpisu a užívání léků založený na partnerské spolupráci pacienta a lékaře. Pouze v šestnácti procentech případů dodržují pacienti přesné instrukce lékaře ohledně medikace. Třetina pacientů dodržuje instrukce lékaře z osmdesáti až devadesáti procent a další třetina pacientů z čtyřiceti až osmdesáti procent. O souladu v léčbě vypovídá i to, jestli si pacient vyzvedává recept, což se neděje v dvaceti procentech případů (Vymětal, 2003; Watson et al., 2010).

Důvodem pro nedodržování preskripce může být nedůvěra vůči lékaři nebo důsledek špatné komunikace mezi lékařem a pacientem. K změně v užívání léků bez konzultace s lékařem pacienti přistupují z podnětu a na doporučení svého okolí. Mohou také dojít k přesvědčení, že již léky nepotřebují, že jim škodí. Mohou se také obávat vzniku závislosti na lécích, nebo aby konstantní užívání nevedlo ke snížení účinku (Osterberg & Blaschke, 2005; Vymětal, 2003; Watson et al., 2010).

Pacient může k změnám v medikaci přistoupit i na základě dopadů medikace na jeho životní styl. Často k tomu dochází, pokud jsou léky spojeny s nepříjemnými vedlejšími účinky, a především pokud na ně pacient nebyl předem upozorněn lékařem. Pacient si může medikaci upravit, když mu způsobuje potíže v běžném denním režimu, nebo když je třeba brát více dávek

léků během dne. Obzvlášť náročná může být pro pacienta situace, pokud nevnímá žádné zlepšení a slýchává fámy o opačném účinku léků typu „teta to brala taky a do týdne zemřela“ (Watson et al., 2010).

K nesouladu v léčbě může dojít i z praktických důvodů. Pokud pacient nepochopí instrukce či si je není schopen vybavit a lékař nepředá stejné informace pečujícímu, není možné v léčbě správně postupovat. Stejně tak může být pravidelné užívání léků ztíženo například zapomínáním si léky v daný čas vzít, vysokou cenou léků či neschopností otevřít nádobky s léky (Raudenská, 2011b; Watson et al., 2010).

Pacienti jsou častěji motivováni brát léky podle předpisu, pokud chápou a přijímají svou diagnózu, souhlasí s nabízenou léčbou a pokud s nimi lékař probral jejich obavy týkající se medikace (Watson et al., 2010). Podpůrným faktorem může být i utvoření a sepsání kontraktu o podílu pacienta na dodržování léčby s přesně stanovenými cíli (Raudenská, 2011b). Nesouladu v léčbě v důsledku zapomínání instrukcí lze předejít písemným sdělením o nastavení farmakoterapie. Až sedmdesát sedm procent pacientů očekává, že tyto informace dostane písemně, přičemž je čtyřicet devět až devadesát pět procent pacientů skutečně čte (Morris & Groot, 1982). Jak bylo zmíněno výše, ve všech těchto situacích může být nápomocen psycholog.

### **3.4 Postoj k farmakům**

Důležitou oblastí farmakopsychologie je i zkoumání postoje k předepisování léků a medikaci jako takové. Postoj je příznivý či nepříznivý pohled na něco nebo někoho ovlivněný přesvědčeními, názory nebo záměry dané osoby. Postoj může být prediktorem chování této osoby (Myers, 1994). Negativní postoj k léčbě bolesti pomocí opioidů může bránit adekvátnímu zvládnutí bolesti (Broekmans, Vanderschueren, Morlion, Kumar, & Evers, 2004), a proto je důležité postoje u lékařů, pečujících i pacientů zkoumat.

M. Orel (2012) popisuje tři základní postoje ve vztahu k farmakům – vyvážený postoj, farmakofilní postoj a farmakofobní postoj. Každý z těchto postojů může zaujímat zvlášť lékař i pacient, kteří spolu v různých konstelacích interagují. V literatuře se také užívá pojmů farmakofilní či farmakofobní lékař a pacient podle toho, jaký postoj zastávají (Vymětal, 2003).

Pokud jedinec zastává vyvážený postoj, tak považuje medikamenty za vhodné a užitečné v určitých situacích. V situacích, kdy je to vhodné, volí nefarmakologické léčebné postupy. Oproti tomu jedinec zastávající farmakofilní postoj volí převážně farmakologické léčebné postupy, a to i v situacích, kdy by se o vhodnosti této léčby dalo pochybovat. Možnosti

farmakoterapie jsou přeceňovány a jiné možnosti léčby se podceňují. Farmakofilní pacient vyžaduje předepsání léků a tomuto způsobu léčby nekriticky věří. Stejně tak farmakofilní lékař má tendenci předepisovat více léků, včetně u sebe a svých příbuzných, a s léčbou nebývá spokojen, pokud během ní léky nepředepíše. Pro farmakofilní lékaře je navíc typické zanedbávání psychosociální stránky onemocnění, s pacienty málo komunikují (Orel, 2012; Vymětal, 2003).

Opačným protipólem je farmakofobní postoj, při kterém se lékař bojí léky předepisovat a raději se jim vyhýbá nebo je zcela odmítá. Farmakofobní lékař má tendenci volit nefarmakologické postupy léčby a zpravidla přeceňuje nežádoucí účinky medikamentů (Orel, 2012). Současně však s pacienty více hovoří a je přístupný zvažování vlivu psychosociálních faktorů. Opatrnosti je třeba při setkání s farmakofobními rodiči, kteří svým přístupem mohou významně poškodit zdraví svého dítěte (Vymětal, 2003).

V literatuře se můžeme setkat i se specifickým typem farmakofobie, a to chorobným strachem z opioidů, takzvanou opiofobií či opiátofobií. Opiofobie se v české literatuře nejčastěji spojuje se strachem z předepsání opioidů kvůli možnosti vzniku závislosti u pacientů, přičemž tento strach je neopodstatněný (Hořejší, 2001; Neudertová, 2011; Rokyta, 2009). Během rešerše se však nepodařilo dohledat výzkum, který by opiofobii v českém prostředí popisoval nebo zkoumal faktory, které se podílí na jejím vzniku.

Zahraniční výzkumy se nejčastěji zabývají postojem lékařů, pacientů a rodinných příslušníků k farmakům, jako jsou antidepresiva a antipsychotika. Existují však i zahraniční výzkumy specificky zaměřené na postoj k opioidům a opiofobii u lékařů, zdravotních sester, studentů medicíny a pacientů v situacích jak zhoubných, tak nezhoubných chronických onemocnění. Nejnovější a pravděpodobně jediná studie zabývající se přístupem laické veřejnosti k opioidům přišla s překvapivými výsledky, neboť zjistila, že laická veřejnost má oproti odborné veřejnosti k opioidům vyváženější postoj (Grant, Ugalde, Vafiadis, & Philip, 2015).

### **3.5 Role lékaře ve vztahu k opioidům**

Zahraniční autoři rozdělují opiofobii u lékařů do tří dimenzí: neochota předepsat opioidy, strach ze vzniku závislosti u pacienta a strach z vyšetřování Agenturou pro regulaci drog. Strach ze vzniku závislosti navíc spojují s nedostatkem informací, důsledkem čehož lékaři zaměňují fyziologickou potřebu za závislostní chování (Morgan, 1985). Novější výzkum identifikoval jako překážku v předepsání opioidů i regulační postihy a obavu z vedlejších účinků opioidů (Morley-Forster, Clark, Speechley, & Moulin, 2003).

Hlavními faktory, které u lékařů limitují přiměřenou léčbu bolesti a užití opioidů, jsou nepatřičná přesvědčení a nedostatek vzdělání (Von Roenn, Cleeland, Gonin, Hatfield, & Pandya, 1993). Výzkum mezi studenty medicíny potvrdil, že studium ovlivňuje postoj k opioidům. Na jednu stranu studenti v posledních ročnících vykazují pozitivnější přístup k opioidům a mají také více znalostí ohledně léčby bolesti oproti studentům v prvních ročnících. Na druhou stranu jsou však postoje k opioidům i u studentů posledních ročníků stále spíše negativní, což může být způsobeno převzetím negativních postojů od učitelů. Rozdíly v postoji k opioidům byly zjištěny i mezi jednotlivými specializacemi, z čehož lze odvodit, že profesionalizační proces lékařského vzdělání může posilovat negativní postoj k opioidům (Weinstein et al., 2000).

Výzkum mezi praktickými lékaři a paliativními specialisty ukazuje i na vliv zkušeností při formování postoje k opioidům. Praktičtí lékaři, kteří méně často léčí pacienty s chronickými bolestmi, vykazovali negativnější postoje vůči opioidům (Morley-Forster et al., 2003). Stejně tak internisté se oproti geriatrům více obávají vzniku závislosti u pacientů a častěji pochybují o vlastní schopnosti předepsat správnou dávku opioidů (Lin, Alfandre, & Moore, 2007).

Rozdíly ve výsledcích mezi lékaři různých národností ukazují i na kulturní a historické rozdíly v postoji k opioidům. Zřetelně je tento rozdíl vidět porovnáním postojů lékařů ze státu New Hampshire a Taiwanu. Lékaři z New Hampshire byli poměrně dobře seznámeni se základy léčby bolesti a téměř devadesát procent z nich se neobávalo závislosti mezi pacienty (Fürstenberg et al., 1998). Lékaři z Taiwanu oproti tomu mají dle průzkumu výrazně nedostatečné znalosti o opioidech a negativní postoj k jejich předepisování. Autoři tento rozdíl připisují kulturním a historickým rozdílům, především vyzdvihují časté zneužívání opioidů v Číně v devatenáctém století (Ger, Ho, & Wang, 2000).

Výzkum z New Hampshiru srovnával i lékaře se zdravotními sestrami a ukázalo se, že zdravotní sestry jsou nejvíce erudované v hodnocení bolesti, přičemž lékaři byli nejlépe informovaní o farmakologické léčbě opioidy, ale zároveň se zdáli být nejméně oddaní tomu poskytovat optimální úlevu od bolesti (Fürstenberg et al., 1998).

V českém prostředí může být předepisování silných opioidů znesnadněno i administrativní zátěží, kterou představuje. Silné opioidy se předepisují pouze na recepty s modrým pruhem, které je nutné vyzvednout na zdravotním odboru městského úřadu. Při vyzvednutí je nutno předložit doklad totožnosti a registraci nestátního zdravotnického zařízení. Jeden recept představuje jeden originál a dvě samopropisovací kopie, přičemž jedna kopie zůstává na

pracovišti. Recepty je navíc třeba uchovávat v uzamykatelném trezoru. Při uchovávání silných opioidů v injekční podobě v ordinaci je povinností vést opiátovou knihu. Zároveň se doporučuje uchovávat od pacienta podepsaný Souhlas s podmínkami léčby silnými opioidy. Výhodou oproti Slovensku je, že silné opioidy mohou předepisovat všichni lékaři bez rozdílu specializace (Hakl et al., 2011).

### **3.6 Role pečujících ve vztahu k opioidům**

Jacobsen, Møldrup, Christrup a Sjøgren (2009) došli systematickým review dosavadních studií k soupisu překážek u pacientů, které brání zvládání bolesti u nádorových onemocnění. Především kvalitativní studie ukázaly, jak podstatná je role pečujících při podávání tohoto typu léků. Pacienti se nejčastěji obávali, jak bude rodina reagovat na bolest a jak bude přistupovat k opioidní léčbě. Další překážky u pacientů byly spojené s plánem léčby, nedůvěrou v zdravotnický systém a obecnou neochotou k brání léků.

Další nejčastější překážkou byla nedostatečná komunikace o prožitku bolesti mezi pacientem a lékařem. Ve většině studií se prokázalo, že kvalita komunikace je v klíčových oblastech nedostatečná. Pacienti chtějí být v procesu rozhodování více aktivní, vyjadřovat se o svých potřebách co se týče medikace a mluvit s lékařem o svých obavách s medikací spojených. Ukázal se pozitivní vztah mezi kvalitou komunikace mezi lékařem a pacientem a dodržováním léčby. Kognitivní překážky mohou negativně ovlivnit pacientovu komunikaci týkající se bolesti a dodržování analgetického režimu. I v případě, kdy pacient léčbu dodržuje, můžou kognitivní překážky zeslabit výsledek léčby bolesti kvůli nízkému placebo efektu (Jacobsen et al., 2009).

Je to však pečující osoba, ne lékař či zdravotní sestra, kdo řídí a podává každodenní medikaci pacientům v domácí paliativní péči. Udává se, že zvládání medikace je nejdůležitější rolí pečující osoby. Americká studie identifikovala klíčové faktory, které ovlivňují podávání medikace pečující osobou: životní zkušenost a sebedůvěra, negativní emoční naladění, kognitivní a fyzické omezení, nízká gramotnost, jiné povinnosti a požadavky kladené pacientem. Na pozadí se ukázal jako velmi důležitý i sociální kontext medikace, přičemž dobré vztahy mezi pečujícím a pacientem řízení medikace usnadňovaly, nedostatečná komunikace a špatné vztahy dostatečnému řízení medikace naopak bránily (Lau et al., 2010).

Nejnovější studie potvrdila klíčovou roli pečující osoby při podávání medikace a zvládání bolesti. V této studii byla měřena korelace mezi postojem k analgetikům u pečující osoby a stupněm zvládnutí bolesti u pacienta. Ukázalo se, že postoj k analgetikům silně ovlivňoval stupeň zvládnutí bolesti u nemocného (Lee et al., 2015).



Ve studii z Velké Británie se podařilo identifikovat obavy pečujících spojených s podáváním medikace. Primární zodpovědnost za administraci a skladování léků leží na pečujícím, což je spojeno se zvýšenou úzkostí. Pečující si nebyli jisti, jakou dávku léků kdy podat, aby byl pacient dobře zaléčen a zároveň nebyl předávkován. Určité obavy byly spojené i s podáváním opioidů a „SOS medikace“. Dalšími překážkami v řízení medikace byl komplexní režim, nesouhlas se zdravotníky a úzkost z chyb v medikaci, které by mohly ovlivnit přežití pacienta. Autoři studie považují za nutnost podporu a trénink v řízení medikace pro pečující (Payne et al., 2014).

Je tedy třeba, aby sám lékař si byl při nastavování medikace jistý a tuto jistotu přenesl i na pacienta a pečujícího. Je vhodné využít všech dostupných intervencí, které podání medikace pečujícímu usnadní. Zcela zásadní je význam komunikace ze strany zdravotníků, kteří musí na jedné straně být dobře informovaní o opioidní léčbě a na straně druhé o této léčbě dobře komunikovat s osobou, která léky podává (Oliver et al., 2013). Lépe informovaní pečující mají méně zábran při užití analgetik a dochází tak k lepšímu zvládnutí bolesti umírajících v domácím prostředí (Vallerand, Collins-Bohler, Templin, & Hasenau, 2007; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003).

## **METODOLOGICKÁ ČÁST**

## 4. Výzkum

### 4.1 Vymezení výzkumného problému

Dřívější výzkumy ukázaly, že role pečující osoby je klíčová při dodržování farmakologické léčby bolesti a že tento vliv nadále poroste spolu se vzrůstajícím počtem umírajících v domácím prostředí odkázaných na péči blízké osoby (Lee et al., 2015). Výzkumy potvrzený je i význam komunikace ze strany zdravotníků, kteří musí na jedné straně být dobře informovaní o opioidní léčbě a na straně druhé o této léčbě dobře komunikovat s osobou, která léky podává (Oliver et al., 2013). Lépe informovaní pečující mají méně zábran při užití analgetik a dochází tak k lepšímu zvládnutí bolesti umírajících v domácím prostředí (Vallerand et al., 2007; Wells et al., 2003).

Výzkumnou otázkou návrhu výzkumu v metodologické části této bakalářské práce je: **„Výsledkem uspokojivé komunikace mezi pracovníky domácího hospice a pečující osobou je lepší postoj k opioidům pečující osoby.“**

### 4.2 Cíle výzkumu

- Zjistit vztah mezi spokojeností s komunikací zdravotníků a postojem k opioidům u pečující osoby.

Považuji za vhodné předem určit, jaká mám od výzkumu očekávání. Připojuji proto i své hypotézy.

H<sub>1</sub>: Spokojenost s komunikací bude pozitivně korelovat s postojem k opioidům.

H<sub>0</sub>: Spokojenost s komunikací nebude korelovat s postojem k opioidům.

H<sub>a</sub>: Spokojenost s komunikací bude negativně korelovat s postojem k opioidům.

### 4.3 Metody a techniky výzkumu

#### 4.3.1 Výběr souboru

Do výzkumu budou zařazeny všechny primární pečující osoby, které byly klienty mobilních hospiců na území České republiky v roce 2015, a zároveň již uběhl minimálně 1 měsíc od ukončení domácí paliativní péče.

Měsíční lhůta byla stanovena na základě výzkumu, který zjišťoval, jak dlouho po úmrtí svého blízkého je pozůstalým příjemné se výzkumů účastnit. Téměř polovina dotázaných by se výzkumu účastnila v prvních týdnech po úmrtí. Naprostá většině by přišlo přijatelné, kdyby je výzkumníci oslovili během prvních pěti měsíců truchlení. Dotázaní se shodli na tom, že

v dřívější fázi zármutku by byli schopní si vše lépe vybavit a mohlo by jim pomoci, když by měli prostor se k nedávným událostem vyjadřovat. Zároveň by rádi měli právo sami rozhodnout, kdy je pro ně vhodná doba se výzkumu účastnit (Bentley & O'Connor, 2015).

Do výzkumu se pokusím zařadit všechny, kdo splňují daná kritéria. Metodou výběru tedy bude samovýběr. Ke spolupráci bude přizváno Centrum paliativní péče sídlící v Praze, které již podobný průzkum realizovalo. Ve výzkumu Centra paliativní péče bylo osloveno 1468 pozůstalých, přičemž návratnost byla uspokojivých čtyřicet procent (Loučka, 2016). V rámci tohoto výzkumu předpokládám podobný počet oslovených respondentů i podobnou návratnost.

Následně budou osloveny kontaktní osoby v jednotlivých mobilních hospicových zařízeních. Kontaktní osoby budou mít na starost distribuci dodaných materiálů konkrétním osobám, které v roce 2015 využily domácí paliativní péče v daném zařízení. S tím bude souviset nadepsání adres na rozesílané obálky s materiály a označení zpětné obálky razítkem organizace. Pomocí razítka bude možné třídit příchozí odpovědi respondentů dle organizace, která o pozůstalého pečovala. Díky tomu bude možné poskytnout dané organizaci zpětnou vazbu k poskytovaným službám, konkrétně vyjádřenou spokojenost nebo nespokojenost s komunikací.

#### **4.3.2 Výzkumná metoda**

Výzkumnou metodou výzkumu bude anonymní dotazník rozesílaný poštou. Za pomoci Centra paliativní péče budou osloveny všechny mobilní hospice sdružené pod Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Organizace, které budou se zapojením souhlasit, obdrží oznamované obálky, ve kterých bude informační dopis pro pozůstalé, finální dotazník, propiska a také obálka pro zpětné zaslání odpovědí. Materiály budou vytištěny barevně na světle modrý papír, v obálce budou papíry přeložené napůl. Znění informačního dopisu je dostupné v příloze č. 1. Dotazník bude sestávat ze tří částí: demografické, části zaměřené na postoj k opioidům a části mapující spokojenost s komunikací zaměstnanců domácího hospice.

V demografické části budou zjišťovány údaje o pečujícím a zemřelém. Nezávislými proměnnými v tomto výzkumu jsou u pečující osoby: pohlaví, věk, dosažené vzdělání, vztah k zemřelému, religiozita a předchozí zkušenost s opioidy. Demografické údaje zjišťované u osoby, která byla v péči respondenta, jsou pohlaví, termín úmrtí, věk, doba strávená v péči hospice a primární diagnóza, se kterou byl zesnulý do domácí hospicové péče přijat. Věk bude měřen v letech, religiozita bude měřena na škále od nulové religiozity po silnou religiozitu, zkušenost s opioidy bude stanovena na škále ano-ne a termín úmrtí bude stanoven měsícem a rokem úmrtí. Položka zjišťující primární diagnózu, se kterou byl zesnulý přijat do domácí

hospicové péče, bude otevřená. Ostatní položky budou nabízet možnost volby z více nabízených odpovědí.

K zjišťování postoje k opioidům, který je závislou proměnnou, bude využit POABS-CA. POABS-CA sestává z deseti tvrzení s pětistupňovou Likertovou škálou v rozsahu od „zcela nesouhlasím“ po „zcela souhlasím“. Tvrzení vyjadřují postoje vůči závislosti, vedlejším účinkům a použití opioidů, přičemž vyšší skóre značí negativnější postoj (Lai et al., 2003).

Spokojenost s komunikací bude zjišťována pomocí dotazníku o sedmi položkách. Konkrétní znění dotazníku je dostupné v příloze č. 2. Dotazník bude před samotným užitím otestován na pilotážní skupině a budou zjištěny jeho psychometrické vlastnosti. Po finalizaci podoby dotazníku budou připravené podklady k výzkumu rozeslány kontaktním osobám v mobilních hospicích. Konkrétním respondentům budou materiály zaslány doporučeně.

Respondenti budou mít jeden měsíc na vyplnění dotazníku a odeslání zpět. Nelze přesně určit, v jaké fázi zármutku dotazník pozůstalého zastihne. Jeden měsíc je poměrně dlouhá doba a je jen na respondentovi, kdy a zda vůbec dotazník vyplní. To odpovídá přání, které respondenti vyjádřili v již zmiňovaném výzkumu (Bentley & O'Connor, 2015). Data budou následně vyhodnocena a zpracována korelační analýzou, přičemž bude zjišťován vztah výsledků mezi jedním a druhým testem.

#### **4.4 Diskuze**

Zahraniční výzkumy se až v posledních letech zaměřily na roli pečujícího při farmakologické léčbě bolesti. Nepodařilo se dohledat žádný výzkum, který by se na toto téma soustředil v českém prostředí. Vzhledem k tomu, že role pečující osoby je klíčová při dodržování farmakologické léčby bolesti a že tento vliv i u nás nadále poroste (Lee et al., 2015), vnímám jako důležité se tomuto tématu věnovat. Vzhledem k pouze omezenému zdroji výzkumů, ze kterých je možné čerpat inspiraci nebo na ně navázat, předpokládám možné nedostatky ve vlastním návrhu.

Nedostatkům se snažím předejít především pomocí přizvání Centra paliativní péče jako garanta odborné kvality a metodologie výzkumu. Při navrhování výzkumného designu jsem se snažila vycházet i z dalších výzkumů, které proběhly v oblasti paliativní péče a které se soustředily na pečující osobu. Zároveň jsem se snažila ctít zásady výzkumu v paliativní péči včetně etiky, které jsou přehledně sepsány v knize *Research Methods in Palliative Care* (Addington-Hall, Bruera, Higginson, & Payne, 2007).

Alternativou zvolené metody by mohl být sběr dat tváří v tvář nebo po telefonu, který však je časově i finančně náročnější než zvolená metoda rozeslání dotazníku poštou. Tímto způsobem je zachována naprostá anonymita respondenta a je mu tak dán mnohem větší prostor při volbě, kdy je pro něj vhodná doba se výzkumu účastnit. Oproti alternativním metodám je očekávatelná nižší návratnost dotazníků. Opravdu důležitý je proto návrh celého dotazníku, který může návratnost podstatně zvýšit.

Dle doporučení pro výzkum v paliativní péči rozesílaný poštou jsem se snažila, aby byl dotazník co nejkratší a současně zjistil všechny podstatné informace. Návratnost dotazníku poštou totiž lze až zdvojnásobit, pokud pro respondenta představuje co nejmenší námahu. Z tohoto důvodu je mezi materiály zasílána zpětná obálka i propiska, aby bylo možné dotazník vyplnit bezprostředně po obdržení materiálů. Propiska pozůstalým zároveň zůstává jako dárek, respondenti se tedy mohou cítit k vyplnění zavázání.

Návratnost zvyšuje i barevné rozlišení textu, v přílohách 1 a 2 lze tedy pozorovat užití tohoto poznatku. Materiály budou ze stejného důvodu vytištěny na světle modrý papír a kompletovány přeložením, ne svorkou. Záměrně není specifikováno, jaké známky mají být na obálkách užity. Dle zahraničních výzkumů totiž motiv na známce nemá signifikantní účinek na návratnost. Pro užití v českém prostředí bych přesto raději nevolila známky s politickou konotací.

Rozmanitosti poznatků bude dosaženo získáním dat z různých zařízení z celé České republiky. Lze očekávat, že lékaři budou vzdělaní na různých univerzitách a bude se lišit i organizační kultura jednotlivých zařízení. Rozmanitosti bude dosaženo i mezi pacienty, neboť studie nepracuje s kritériem konkrétní diagnózy. Objevnou stránkou výzkumu je, že hledá vztah mezi dvěma proměnnými, které byly rozdílnými vědeckými šetřeními určeny jako klíčové pro dobré zvládnutí bolesti. Jejich vzájemná korelace však zatím zjištěna nebyla. Poznatky zároveň poskytnou jednotlivým hospicovým zařízením srovnání s dalšími poskytovateli stejných služeb, ale i zpětnou vazbu od klientů, a tím i podněty ke zlepšení. Tyto informace jsou pro poskytovatele služeb velmi důležité, přičemž není v kapacitách takového zařízení podobné šetření realizovat.

Výsledky navrženého výzkumu však nebude možné zobecnit na celou českou populaci, pouze na oblast paliativní péče, neboť se v předchozích studiích ukázalo, že paliativní specializace může mít pozitivní vliv na postoj k opioidům (Morley-Forster et al., 2003). Bylo by proto vhodné se v dalším výzkumu věnovat postoji k opioidům v širší míře, a to mezi odbornou i laickou veřejností.

## **Závěr**

V České republice můžeme momentálně sledovat posun v přístupu ke smrti. Dříve silně tabuizované téma se nyní objevuje v médiích, a to v hlavním vysílacím čase. Vznikají instituce a kampaně zabývající se tématem umírání a rozšířením paliativní péče tak, aby byla dostupná pro všechny a všude. Zároveň s tímto posunem vzniká i potřeba po získání vědeckých poznatků z oblasti paliativní péče v české společnosti. Dosavadní výzkumná aktivita na tomto poli není vysoká, a to jak od lékařských, tak od psychologických odborníků.

V práci je vysvětleno pojmání bolesti v paliativní péči, jakým způsobem se s bolestí v paliativní péči pracuje a jakými farmakologickými prostředky se ji daří zvládat. Dále je vysvětleno, že hlavním prostředkem pro tišení bolesti v paliativní péči jsou opioidní analgetika. Odborná psychologická literatura v této souvislosti vždy zmiňuje opiofobii, která je psychologickým fenoménem. Dále se tedy práce věnuje postoji k opioidům u lékařů a pacientů, zaměřuje se však především na pečující, kteří o užití opioidů v důsledku rozhodují.

Tato práce se zaměřila na téma, které je na pomezí sociologie, psychologie a medicíny, konkrétně na postoj lékařů, pacientů a pečujících k opioidním analgetikům a vliv komunikace v tomto uskupení. Postoj k opioidům byl v zahraničí hojně zkoumaný u mediků, lékařů a zdravotních sester různých specializací. Menší zájem byl věnovaný postojům k opioidům u pacientů. Zkoumání těchto postojů u rodinných příslušníků, kteří o pacienta pečují v domácím prostředí, je teprve na počátku. Pravděpodobně právě proto, že farmakologická léčba bolesti je především lékařským tématem, neexistuje tolik výzkumů na toto téma zahrnujících pozůstalé. Při představě výzkumu s pozůstalými jsou stěžejní témata vnímána často v psychologické rovině, málokdy ale s přesahem do lékařské oblasti. Až v posledních letech proto dochází k uznání role pečujícího v léčebném procesu a spolu s tím i počátek zkoumání této problematiky.

Jsem přesvědčená, že tato práce je sama o sobě přínosem v rozvoji paliativní péče v České republice. Jednak je známkou toho, že povědomí o paliativní péči je v České republice již natolik rozšířené, že se mu věnují i mladí lidé, kteří ho dokonce zvažují jako svou profesní specializaci. Posílení řad odborných a především vědeckých pracovníků je velmi potřebné a nutné, aby docházelo ke kontinuálnímu růstu vědecké kapacity v české paliativní péči. Napsáním této bakalářské práce jsem se profesně k paliativní péči o krok přiblížila.

## Seznam použité literatury

- Addington-Hall, J. M., Bruera, E., Higginson, I. J., & Payne, S. (2007). *Research methods in palliative care*. New York: Oxford University Press.
- Balcar, K. (2009). Psychoterapie a psychologické zvládání bolesti. In Rokyta, R.: *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. (pp. 125-152). Praha: Grada.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Benedetti, F., Maggi, G., Lopiano, L., Lanotte, M., Rainero, I., Vighetti, S., & Pollo, A. (2003). Open versus hidden medical treatments: The patient's knowledge about a therapy affects the therapy outcome [Online]. *Prevention*, 6(1), -.
- Benedetti, F., Colloca, L., Torre, E., Lanotte, M., Melcarne, A., Pesare, M., Bergamasco, B., & Lopiano, L. (2004). Placebo-responsive Parkinson patients show decreased activity in single neurons of subthalamic nucleus. *Nature Neuroscience*, 7(6), 587-588.
- Bentley, B., & O'Connor, M. (2015). Conducting Research Interviews with Bereaved Family Carers: When Do We Ask? *Journal Of Palliative Medicine*, 18(3), 241-245.
- Blau, J. (1985). Clinician and placebo. *The Lancet*, 325(8424), 344-345.
- Broekmans, S., Vanderschueren, S., Morlion, B., Kumar, A., & Evers, G. (2004). Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 183-189.
- Caraceni, A., & Portenoy, R. K. (1999). An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain*, 82(3), 263-274.
- Centrum paliativní péče, z. ú. (2014). *Centrum paliativní péče*. [Online]. Retrieved July 26, 2016 from: <http://paliativnicentrum.cz/cs>
- Cesta domů, z.ú. (2015). *Dříve vyslovená přání*. [Online]. Retrieved July 26, 2016 from: <http://www.cestadomu.cz/cz/kurz.html>
- Colloca, L., & Benedetti, F. (2009). Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain*, 144(1), 28-34.
- Crome, P., Main, C., & Lally, F. (2007). *Pain in older people*. New York: Oxford University Press.
- Davies, A. (2006). *Cancer-related breakthrough pain*. New York: Oxford University Press.
- Davies, A. (2007). *Cancer-related bone pain*. New York: Oxford University Press.
- Definition of palliative care. (1998). *European Association for Palliative Care*. Retrieved July 26, 2016 from: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>
- Dickman, A., & Simpson, K. (2008). *Chronic pain*. New York: Oxford University Press.



Dumanovsky, T., Augustin, R., Rogers, M., Lettang, K., Meier, D. E., & Morrison, R. S. (2015). The growth of palliative care in U.S. hospitals: a status report. *Journal of Palliative Medicine*, 19(1), 8-15

European Association for Palliative Care Researcher Awards 2016: Three thanks and hints for early stage researchers. (2016). [Online]. In *EAPC Blog*. Dublin: EAPC. Retrieved July 26, 2016 from <https://eapcnet.wordpress.com/2016/06/10/european-association-for-palliative-care-early-researcher-awards-2016-three-thanks-and-hints-for-early-stage-researchers/>

Ferrell, B. R., Juarez, G., & Borneman, T. (1999). Use of routine and breakthrough analgesia in home care. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1655-1661.

Fricová, J., & Šimek, J. (2006). Etika a léčba bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 35-40) Praha: Tigis.

Fürstenberg, C. T., Ahles, T. A., Whedon, M. B., Pierce, K. L., Dolan, M., Roberts, L., & Silberfarb, P. M. (1998). Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: A comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 15(6), 335-349.

Ger, L., Ho, S., & Wang, J. (2000). Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: A survey of two medical centers in Taiwan. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 20(5), 335-344.

Grant, M., Ugalde, A., Vafiadis, P., & Philip, J. (2015). Exploring the myths of morphine in cancer: views of the general practice population. *Supportive Care In Cancer*, 23(2), 483-489

Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. (2004). *Pain: psychological perspectives*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Hadjistavropoulos, H. D., & Williams, A. C. de C. (2004). Psychological Interventions and Chronic Pain. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig, *Pain: psychological perspectives* (pp. 271-301). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Hakl, M., Lejčko, J., & Kozák, J. (2011). Farmakoterapie. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 52-65). Praha: Mladá fronta.

Hegmonová, E. (2014). Léčba chronické bolesti silnými opioidy. *Interní medicína pro praxi*, 16(3), 102-106.

Higginson, I. J., Finlay, I. G., & Goodwin, D. M. (2003) Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Pain Symptom Management*; 25: 150–168

- Hořejší, J. (2001). *Opioidy a bolest*. Praha: Galén.
- Hospicové občanské sdružení Cesta domů. (2014a). *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II-zdravotníci*. (Ver. 1.0). Praha: Český sociálněvědní datový archiv.
- Hospicové občanské sdružení Cesta domů. (2014b). *Moje smrt*. Retrieved July 26, 2016 from: [www.mojesmrt.cz](http://www.mojesmrt.cz)
- Hynie, S. (2001). *Farmakologie v kostce*. V Praze: Triton.
- Jacobsen, R., Møldrup, C., Christrup, L., & Sjøgren, P. (2009). Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(1), 190-208.
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál.
- Jensen, K., Kaptchuk, T., Kirsch, I., Raicek, J., Lindstrom, K., Berna, C., Gollub, R., Ingvar, M., & Kong, J. (2012). Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(39), 15959-15964.
- Jensen, K., Kirsch, I., Odum, S., Kaptchuk, T., & Ingvar, M. (2015). Classical conditioning of analgesic and hyperalgesic pain responses without conscious awareness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(25), 7863-7867.
- Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, & Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med* 2007; 21: 347–354
- Kachur, S. (2008). Pain: Psychological Perspectives. *Physiotherapy Canada*, 60(2), 203–204.
- Kalvach, Z. (2004). *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů.
- Keller, O., & Vyklický, L. (2006). Význam vrátkové teorie v hledání nervových mechanismů bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 63-66) Praha: Tigris.
- Knotek, P. (2003). Coping bolesti: Reformulace problému a standardizace dotazníku. *Bolest*, 6(2), 105-111.
- Konec dobrý, všechno dobré. (2015). Konec dobrý, všechno dobré [Online]. Retrieved July 26, 2016, from <http://konecdobry.cz/>
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krokosky, N. J., & Reardon, R. C. (1989): The accuracy of nurses' and doctors' perceptions of patient pain. In Funk, S. G. (Ed.): *Key aspects of comfort management of pain, fatigue, and nausea* (pp. 127–134). New York: Springer.

- Kršiak, M. (2009). Novinky ve farmakologii opioidů. In Kozák, J.: *Opioidy v léčbě bolesti*. (pp. 61-76). Praha: Mladá fronta.
- Lai, Y. H., Dalton, J. A., Beleya, M., Chen, M. L., Tsai, L. Y., & Chen, S. C. (2003). Development and Testing of the Pain Opioid Analgesics Beliefs Scale in Taiwanese Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 25(4), 376-385.
- Lau, D. T., Berman, R., Halpern, L., Pickard, A. S., Schrauf, R., & Witt, W. (2010). Exploring Factors that Influence Informal Caregiving in Medication Management for Home Hospice Patients. *Journal Of Palliative Medicine*, 13(9), 1085-1090.
- Látalová K., Kamarádová D., & Praško J. (2013) Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie*;17(4):181-188.
- Lee, B. O., Liu, Y., Wang, Y. H., Hsu, H. T. , Chen, C. L., Chou, P. L., & Hsu, W.C.. (2015). Mediating Effect of Family Caregivers' Hesitancy to Use Analgesics on Homecare Cancer Patients' Analgesic Adherence. *Journal of Pain and Symptom Management*. 50(6), 814-821.
- Lejško, J. (2011). Kanabinoidy. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 73-75). Praha: Mladá fronta.
- Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. L. (1978) The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet*, 312(8091), 654-657.
- Lin, J. J., Alfandre, D., & Moore, C. (2007). Physician attitudes toward opioid prescribing for patients with persistent noncancer pain. *The Clinical Journal of Pain*, 23(9), 799-803.
- Linde, M., May, A., Limmroth, V., & Dahlöf, C. (2003). Ethical aspects of placebo in migraine research. *Cephalalgia*, 23(7), 491-495.
- Loučka, M., Špinka, Š., & Špinková, M. (2015). *Eutanazie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů.
- Loučka, M. (2016). Zkušenosti s hospicovou péčí. Praha.
- Lüllmann, H., Mohr, K., & Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada.
- Melzack, R., & Wall, P. (2003). *Handbook of pain management: a clinical companion to Wall and Melzack's textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Melzack, R. (2005). Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, 5(2), 85-94.

- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Monroe B., & Oliviere D (2007) *Resilience in palliative care: achievement in adversity*. Oxford: Oxford University Press
- Moran, J. (2014). *Clinical guideline: Hospital supply of medications to palliative care patients in the community*. Austin Health.
- Morgan, J. P. (1985). American opiophobia: Customary underutilization of opioid analgesics. *Advances In Alcohol & Substance Abuse*, 5(1-2), 163-173.
- Morley-Forster, P. K., Clark, A. J., Speechley, M., & Moulin, D. E. (2003). Attitudes toward opioid use for chronic pain: A Canadian physician survey. *Pain Research & Management*, 8(4), 189-194.
- Morris, L., & Groft, S. (1982) Patient package inserts: a research perspective. *Drug therapeutics*. 5(2), 191-217
- Morrison, R. S. (2016). Transforming Care for the Seriously Ill: The Role of Modern Palliative Care [Powerpoint slides]. Retrieved July 26, 2016 from <https://drive.google.com/drive/u/2/folders/0B1FhNPs4bY5QZUV1NU90ZmFVNDQ>
- Myers, D. G. (1994). *Exploring Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Neradilek, F. (2006). Bolest jako syndrom. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 22-26). Praha: Tigris.
- Neudertová, H. (2011). Závislost na opioidech. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 66-71). Praha: Mladá fronta.
- Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E., Washington, K., Kruse, R. L., Albright, D. L., Baldwin, P. K., Boxer, A., & Demiris, G. (2013) Hospice caregivers' experiences with pain management: "I'm not a doctor, and I don't know if I helped her go faster or slower." *Pain Symptom Manage*, 46, pp. 846–858.
- Opavský, J. (1998) Terminologie bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 4-7.). Praha: Tigris.
- Opavský, J. (2006). Vyšetřování osob s algickými syndromy a hodnocení bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 172-179). Praha: Tigris.
- Orel, M. (2012). Farmakologická léčba současnosti. In Orel, M.: *Psychopatologie*. (pp. 188-214). Praha: Grada.
- Osterberg, T., & Blaschke, L. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

- Park, L. C., & Covi, L. (1965). Nonblind placebo trial. *Archives Of General Psychiatry*, 12(4), 336-345.
- Payne, S., Turner, M., Seamark, D., Thomas, C., Brearley, S., Wang, X., Blake, S., & Milligan, C. (2014). Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. *BMJ Supportive*, 5(2), 181-188.
- Pilotní program mobilních hospiců. (2015). Pilotní program mobilních hospiců [Online]. Retrieved July 26, 2016, from <http://www.paliativnimedicina.cz/pilotni-program-mobilnich-hospicu>
- Portenoy, R., & Hagen, N. (1990). Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41(3), 273-281.
- Portenoy, R., Payne, D., & Jacobsen, P. (1999). Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*, 81(1), 129-134.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů.
- Raudenská, J. (2011a). Bolest. In Raudenská, J., & Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. (pp. 163-190). Praha: Grada.
- Raudenská, J. (2011b). Psychologický přístup k nemocnému. In Raudenská, J., & Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. (pp. 81-118). Praha: Grada.
- Rokyta, R. (2006). Genetika bolesti. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 93-97). Praha: Tigris.
- Rokyta, R. (2009). *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- Rokyta, R. (2011). Patofyziologie bolesti. In Hakl, M.: *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (pp. 15-25). Praha: Mladá fronta.
- Slíva, J., & Doležal, T. (2009). *Farmakoterapie bolesti*. Praha: Maxdorf.
- Spolu až do konce: Program zaměřený na péči o umírající. (2016). Spolu až do konce: Program zaměřený na péči o umírající [Online]. Retrieved July 26, 2016 from <http://nadacnifond.avast.cz/co-delame>
- Ševčík, P., & Čumlivski, R. (2006). Akutní bolest. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 202-225) Praha: Tigris.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *Omega - Journal Of Death And Dying*, 61(4), 273-289.
- The Economist (2015). 2015 Quality of Death Index. [Online]. Retrieved July 26, 2016 from <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>

- Thompson, G. (2005). *The placebo effect and health: combining science and compassionate care*. Amherst, N.Y.: Prometheus Books.
- Vallerand, A. H., Collins-Bohler, D., Templin, T., & Hasenau, S. M. (2007). Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Cancer Nurs*, 30, pp. 31–37.
- Von Roenn, J. H., Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., & Pandya, K. J. (1993). Physician Attitudes and Practice in Cancer Pain Management: A Survey From the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal Medicine*, 119(2), pp. 121-126.
- Vlachová, V., & Vyklický, L. (2006). Buněčné a molekulární mechanizmy nocicepce. In Rokyta, R., Kršiak, M., & Kozák, J.: *Bolest: monografie algeziologie*. (pp. 42-58) Praha: Tigris.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Wager, T. D., Rilling, J. K., Smith, E. E., Sokolik, A., Casey, K. L., Davidson, R. J., & Cohen, J. D. (2004). Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*, 303(5661), 1162-1167.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., & Wells, J. (2009). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford: Oxford University Press.
- Watson, M., O'Reilly, K., & Simon, C. (2010). *Pain and palliation*. New York: Oxford University Press.
- Weinstein, S. M., Laux, L. F., Thornby, J. I., Lorimor, R. J., Hill Jr., C. S., Thorpe, D. M., & Merrill, J. M. (2000). Physicians' Attitudes Toward Pain and the Use of Opioid Analgesics: Results of a Survey from the Texas Cancer Pain Initiative. *Southern Medical Journal*, 93(5), 479-487.
- Wells, N., Hepworth, J. T., Murphy, B. A., Wujcik, D., & Johnson, R. (2003). Improving cancer pain management through patient and family education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, pp. 344–356.
- WHO (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zeppetella, G., O'Doherty, C., & Collins, S. (2000). Prevalence and Characteristics of Breakthrough Pain in Cancer Patients Admitted to a Hospice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(2), 87-92.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – průvodní dopis

Příloha č. 2 - dotazník

## Příloha č. 1

Vážená paní, vážený pane,

v minulém roce využil Váš blízký péči domácího hospice. Snahou všech hospicových zařízení je poskytovat co nejlepší péči svým klientům a jejich rodinám. Důležitou součástí této snahy je také zjišťovat, nakolik se daří tyto cíle naplňovat. Chtěli bychom Vás proto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se více zaměřuje na komunikaci a léčbu pomocí opioidů. I díky Vaší odpovědi budeme moci dále zlepšovat kvalitu hospicových služeb.

Víme, že vracet se v myšlenkách k posledním dnům a týdnům života Vašeho blízkého zesnulého může být i těžké nebo bolestné. Přesto bychom Vás chtěli požádat, pokud najdete sílu, abyste nám zodpověděli alespoň některé otázky.

Dotazník je anonymní, nikde nemusíte uvádět své jméno. Součástí materiálů je i propiska, kterou prosím použijte k vyplnění dotazníku. Přikládáme také obálku, do které, prosím, vložte zodpovězený dotazník a odešlete na nadepsanou adresu (obálka je již oznámkována). Propisku si prosím ponechte jako drobný dárek za Vaši účast ve výzkumu. Budeme rádi, pokud byste své odpovědi odeslali do jednoho měsíce od obdržení tohoto dopisu, abychom mohli všechny odpovědi vyhodnotit.

Pokud byste měli k dotazníku nebo celému projektu jakékoli otázky, můžete se obrátit na níže uvedené kontakty.

Děkujeme za Vaši ochotu a pomoc a přejeme vše dobré.

S uctivým pozdravem,

PhDr. Martin Loučka, PhD.

Centrum paliativní péče, z. ú., Praha

odborný garant

m.loucka@paliativnicentrum.cz

Klára Trefná

Centrum paliativní péče, z. ú. Praha

vedoucí projektu

k.trefna@paliativnicentrum.cz



Příloha č. 2

NA ZAČÁTEK VÁS POŽÁDÁME O NĚKOLIK INFORMACÍ O VÁS

*správné odpovědi zakroužkujte*

**1) Jste:**      a) muž      b) žena

**2) Věk:**      ..... let

**3) Dosažené vzdělání:**

a) základní      b) středoškolské      c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné      e) vysokoškolské

**4) Vztah k zesnulému** (Vy jste zesnulého):

a) bratr/sestra      b) syn/dcera      c) manžel/manželka      d) vnuk/vnučka

e) jiný příbuzenský vztah (prosím napište):

.....

f) nepříbuzenský vztah (například soused/ka, přítel/kyně):

.....

**5) Považujete se za věřícího člověka?**      ANO      NE

**6) Měl/a jste již před započatím péče zkušenost s opioidy?**      ANO      NE

ZDE VYPLŇTE INFORMACE O VAŠEM BLÍZKÉM, KTERÝ BYL V PÉČI HOSPICE

**1) Pohlaví:**      a) muž      b) žena

**2) Termín úmrtí** (měsíc a rok): .....

**3) Zemřel/a ve věku:**

a) 18 – 25 let      b) 26 – 35 let      c) 36 – 45 let      d) 46 – 55 let

e) 56 – 65 let      f) 66 – 75 let      g) 76 – 85 let      h) starší 85 let

**4) Jak dlouho byl/a v péči hospice?**

- a) 1 den      b) 2 dny až týden      c) 8-15 dnů  
d) 16-30 dnů      e) déle jak 30 dnů

**5) Primární diagnóza Vašeho blízkého, kvůli které byl přijat do péče hospice:**

.....

**POSTOJ K OPIOIDŮM**

**1. Opioidy nejsou dobré pro tělo.**

- a) Zcela nesouhlasím  
b) Částečně nesouhlasím  
c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím  
d) Částečně souhlasím  
e) Zcela souhlasím

**2. Opioidy by měly být užívány pouze v poslední fázi onemocnění.**

- a) Zcela nesouhlasím  
b) Částečně nesouhlasím  
c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím  
d) Částečně souhlasím  
e) Zcela souhlasím

**3. Pokud jsou člověku doporučeny opioidy, znamená to, že je to s ním už vážné.**

- a) Zcela nesouhlasím  
b) Částečně nesouhlasím  
c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím  
d) Částečně souhlasím  
e) Zcela souhlasím

**4. Opioidy mají mnoho vedlejších účinků.**

- a) Zcela nesouhlasím  
b) Částečně nesouhlasím  
c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím  
d) Částečně souhlasím  
e) Zcela souhlasím

**5. Vedlejší účinky opioidů se nedají snadno zvládnout.**

- a) Zcela nesouhlasím
- b) Částečně nesouhlasím
- c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) Částečně souhlasím
- e) Zcela souhlasím

**6. Dospělí by neměli často žádat o léky na bolest.**

- a) Zcela nesouhlasím
- b) Částečně nesouhlasím
- c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) Částečně souhlasím
- e) Zcela souhlasím

**7. Dospělí by neměli často užívat opioidy.**

- a) Zcela nesouhlasím
- b) Částečně nesouhlasím
- c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) Částečně souhlasím
- e) Zcela souhlasím

**8. Čím víc člověk opioidy užívá, tím větší je pravděpodobnost, že se stane na lécích závislým.**

- a) Zcela nesouhlasím
- b) Částečně nesouhlasím
- c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) Částečně souhlasím
- e) Zcela souhlasím

**9. Pokud začne člověk užívat opioidy příliš brzy, budou později méně účinné.**

- a) Zcela nesouhlasím
- b) Částečně nesouhlasím
- c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) Částečně souhlasím
- e) Zcela souhlasím

**10. Dospělý člověk by měl bolest snášet, dokud je to možné.**

- a) Zcela nesouhlasím
- b) Částečně nesouhlasím
- c) Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) Částečně souhlasím
- e) Zcela souhlasím

**SPOKOJENOST S KOMUNIKACÍ**

**1. Jak jste byl/a spokojen/a s frekvencí komunikace s pracovníky domácího hospice?**

- a) velmi spokojen/a      b) spíše spokojen/a
- c) spíše nespokojen/a      d) velmi nespokojen/a

**2. Vyhovoval Vám způsob, jakým s Vámi pracovníci domácího hospice komunikovali?**

- a) ano, vždy
- b) většinou
- c) pouze výjimečně

**3. Měl/a jste na rozhovor s pracovníky hospice tolik času, kolik jste potřeboval/a?**

- a) ano, vždy
- b) většinou
- c) ne tak často, jak bych si přál/a

**4. Měl/a jste při rozhovoru s pracovníky hospice dostatečné soukromí?**

- a) ano, vždy
- b) většinou
- c) ne tak často, jak bych si přál/a

**5. Dokázali zaměstnanci domácího hospice zodpovědět Vaše otázky tak, jak jste potřeboval/a?**

- a) ano, vždy
- b) většinou
- c) pouze výjimečně

**6. Měl/a jste od pracovníků domácího hospice dostatek informací o tom, jak podávat Vašemu blízkému opioidní analgetika?**

- a) ano, vždy
- b) většinou
- c) ne tolik, kolik bych si přál/a

**7. Jak jste byl/a celkově spokojena s komunikací paliativního týmu?**

- a) velmi spokojen/a      b) spíše spokojen/a  
c) spíše nespokojen/a      d) velmi nespokojen/a

Pokud byste nám chtěli sdělit jakékoli další informace ohledně Vaší zkušenosti s hospicovou péčí, můžete tak učinit zde: .....

Děkujeme ještě jednou za Váš čas a odpovědi.